

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0034

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

212
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mars 1909, à 1 heure

Par Adolphe JOUQUAN

Né à Dol-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine) le 15 janvier 1880

Ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne des hôpitaux du Havre

DES

FISTULES VÉSICO-UTÉRINES

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. DELBET, professeur.
RIEFFEL et PIERRE DUVAL, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANCON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et de profond amour filial.*

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

*Pour vous remercier tous deux
de la grande affection que
vous m'avez toujours témoi-
gnée.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Au début de ce travail, il nous est agréable d'apporter l'hommage de notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux :

M. le D^r LAMY, médecin des hôpitaux, fut pour nous plein de bienveillance et de bonté pendant l'année que nous avons passée dans son service en qualité d'interne en pharmacie, au début de nos études de médecine. Il nous enseigna les éléments de l'art médical et sut nous le faire aimer.

Nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le professeur DIEULAFOY. L'enseignement reçu dans son service et les brillantes leçons de ce maître éminent nous ont été des plus précieux.

Nous avons été pendant notre externat, et pour notre plus grand profit, attaché aux services :

De M. le professeur LE DENTU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Que MM. les D^{rs} LABBEY, chef de clinique, et PICHEVIN, veuillent bien agréer nos remerciements pour leur grande amabilité à notre égard ;

De M. le D^r MÉRY, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ;

Puis de M. le D^r MARION, professeur agrégé, chirurgien

gien des hôpitaux, qui nous donna, à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, un enseignement essentiellement utile et pratique. Nous gardons un souvenir ému des marques d'affection qu'il nous a si souvent témoignées et nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

Nous avons appris à la clinique Baudelocque l'art des accouchements et nous n'oublierons pas les belles leçons de M. le professeur PINARD. Nous tenons à remercier M. le D^r MOUCHOTTE, chef de clinique, de la sympathie dont il nous a honoré.

Pendant notre séjour dans les hôpitaux du Havre, à la fin de nos études médicales, il nous a été donné d'être l'interne de M. le D^r ENGELBACH, chirurgien des hôpitaux. Dans son beau service de chirurgie de l'hôpital Pasteur, il voulut bien nous laisser une large initiative, nous prodiguer ses conseils judicieux et éclairés et nous témoigner en toutes circonstances une bienveillance extrême. Nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le D^r LE NOUËNE, chirurgien des hôpitaux du Havre, nous donna l'idée de ce travail. Ses bons conseils ne nous firent jamais défaut. Qu'il daigne accepter l'assurance de notre vive gratitude.

M. le professeur SEGOND veut bien nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui présentons nos remerciements les plus respectueux.

INTRODUCTION

On appelle *fistule vésico-utérine* tout trajet creusé dans l'épaisseur des tissus qui séparent la cavité de la vessie de la cavité de l'utérus, et établissant entre elles une communication anormale. Une telle lésion serait plus exactement appelée *vésico-cervicale*, car elle n'intéresse jamais le corps, mais toujours le col seul de l'utérus. La moitié supérieure du col ne peut être mise, en avant, en communication qu'avec la vessie : très exceptionnellement une fistule siégeant à ce niveau pourrait intéresser le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Mais, toute fistule située dans la moitié inférieure du col de l'utérus traverse nécessairement le cul-de-sac vaginal antérieur qui, situé entre la vessie et ce segment inférieur du col, fait partie de la cloison vésico-utérine ; la définition formulée ci-dessus lui est encore exactement applicable : aussi, nous ne ferons pas de ces fistules vésico-vagino-utérines une variété distincte de fistules génito-urinaires, et nous les rangerons dans les fistules vésico-utérines. Nous pouvons ainsi, dès maintenant

diviser les fistules vésico-utérines, d'après leur siège, en deux sous-variétés : nous les nommerons, quand il y aura lieu de les distinguer : *fistules sus-vaginales* et *fistules intravaginales* (ces dernières sont plus ordinairement appelées *vésico-utéro-vaginales*), mais nous comprendrons les unes et les autres dans le terme commun de fistules vésico-utérines.

Ces fistules constituent une affection rare. Nos recherches ne nous en ont fait trouver qu'un petit nombre d'observations. Si chaque chirurgien peut opérer un nombre relativement considérable de fistules vésico-vaginales, il n'a que très rarement l'occasion de traiter une fistule vésico-cervicale. Plusieurs de nos maîtres n'en ont jamais rencontré. Il nous a été donné, pendant notre séjour dans les hôpitaux du Havre, d'en observer un cas opéré avec succès par M. le Dr Le Nouëne. De là est née l'idée première de ce travail.

Au même titre que les fistules vésico-vaginales, les fistules vésico-utérines sont de nature à entraîner les complications les plus graves.

C'est une infirmité tellement pénible que les malheureuses qui en sont atteintes réclament à tout prix une intervention qui puisse les guérir. « Il est, dit le professeur Polosson, deux catégories de malades qui viennent à leur sortie de l'hôpital exprimer leur reconnaissance au chirurgien qui les a guéris : ce sont les opérés de cataracte et les opérées de fistule urinaire. »

La cure de ces lésions est enfin des plus difficiles.

Les traitements les mieux conduits ne donnent souvent que des succès partiels ou momentanés, et ce n'est ordinairement qu'après de multiples opérations qu'on obtient une guérison définitive.

A ce triple point de vue l'étude des fistules vésico-utérines nous a paru intéressante.

On a peu écrit à leur sujet. Les traités classiques ne leur consacrent que quelques pages fort brèves. Depuis le magistral traité de Jobert de Lamballe (1852) et la thèse de son élève Grau (1854), nous ne croyons pas qu'aucun travail consacré à l'ensemble de leur étude ait été publié. Un certain nombre de communications et de thèses ont paru qui ont étudié un point de leur histoire ou fait connaître, avec observations à l'appui, un traitement nouveau.

Nous nous proposons de grouper ici les diverses méthodes de **TRAITEMENT** qui ont été indiquées, d'en faire l'étude comparative et la critique. Ce sera la principale partie de notre travail. Notre but n'est pas de préconiser une technique opératoire à l'exclusion des autres. Nous estimons, en effet, que, dans une affection si difficile à traiter, si diverse dans ses manifestations, si variable dans les difficultés toujours très grandes qu'elle offre à l'opérateur ou ne doit pas n'avoir en vue qu'un mode de traitement; on doit connaître tous ceux qui, rationnels et scientifiques, ont donné des succès, et se laisser guider par les circonstances et les difficultés spéciales à chaque cas pour mettre en œuvre l'un d'entre eux, quelquefois plusieurs.

Pour être complet, nous ferons précéder cette partie

fondamentale d'un premier chapitre où nous exposerons l'**HISTORIQUE** de la question qui nous occupe, et d'un second chapitre dans lequel sous le nom de **CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES** nous étudierons très brièvement : 1° *l'anatomie topographique*, 2° *les causes*, 3° *les sièges et variétés*, 4° *l'anatomie pathologique*, 5° *les symptômes*, 6° *le diagnostic*, 7° *le pronostic et les complications* des fistules vésico-utérines.

Mieux vaut prévenir que guérir. On peut prévenir les fistules vésico-utérines, celles au moins qui forment la grande majorité des cas observés. Nous chercherons comment les progrès de la science obstétricale nous permettent d'éviter la formation de ces lésions avec une certitude à peu près absolue, dans un quatrième chapitre intitulé **PROPHYLAXIE**.

Nous présenterons enfin nos **CONCLUSIONS**.

Au cours de ce travail nous ne reproduirons que quelques-unes, et pour la plupart résumées, des observations que nous avons rencontrées dans la littérature. Nous citerons aussi celle qui nous est personnelle.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est à M^{me} LACHAPELLE que revient l'honneur d'avoir fait connaître l'existence des fistules vésico-utérines, et de les avoir nettement séparées des fistules vésico-vaginales avec lesquelles elles étaient jusqu'alors confondues et qui étaient la seule variété connue des fistules génito-urinaires.

Nous résumerons rapidement ce que fut avant M^{me} Lachapelle l'histoire de ces fistules vésico-vaginales :

La première description en fut donnée au xvi^e siècle par SÉVERIN PINEAU (1). Elles ont dû exister dès la plus haute antiquité, mais les auteurs plus anciens n'y font aucune allusion. Au xvii^e siècle, FABRICIUS DE HILDEN et MAURICEAU en citèrent quelques observations remarquables et conseillèrent de les traiter par des injections toniques et excitantes. A la même époque, AMBROISE PARÉ proposa la cure radicale de cette affection, mais

1. SÉV. PINÉAU. *Opusc. phys. anat.*, Paris, 1598.

renonça bientôt à l'espoir d'arriver chirurgicalement à sa guérison. En 1663, VAN ROONHUYSEN (1) indiqua une technique opératoire des fistules urinaires par avivement et suture. Les tentatives du chirurgien hollandais furent d'ailleurs toutes malheureuses. FATIO, de Bâle, et WELTER essayèrent de nouveau la suture sans succès.

Il s'ensuivit une longue période de découragement, et pendant tout le XVIII^e siècle on renonça à tout traitement curatif. J.-Louis PETIT (2) se contentait d'appliquer une sorte d'urinal appelé, au dire de Boyer, « trou d'enfer ». DESAUT et CHOPART (3) se bornaient à mettre un tampon dans le vagin et à placer une sonde vésicale à demeure, pour favoriser la cicatrisation spontanée de la fistule en mettant la vessie au repos fonctionnel et en détournant l'urine de la route vaginale pour lui donner issue par sa voie naturelle. Ils obtinrent des succès dans quelques cas de petites fistules.

Au commencement du XIX^e siècle, DELPECH, DUPUY-TREN et Jules CLOQUET préconisèrent la cautérisation et eurent aussi quelques succès. Malheureusement les fistules moyennes et les larges pertes de substance échappaient complètement à cette technique.

En même temps, diverses tentatives de cure chirurgicale furent faites à nouveau par LEWISKY en 1802, par

1. VAN ROONHUYSEN. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebreken der Vrouwen*. Amsterdam, 1663.

2. J.-L. PETIT. *Traité des maladies chirurg.*, Paris, 1790, t. III, p. 87.

3. CHOPART. *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821.

NOEGELÉ en 1812, par LALLEMAND, VELPEAU, LAUGIER, VIDAL, LEROY D'ETIOLLES. Elles échouèrent presque toutes.

Aucun des chirurgiens que nous venons de nommer ne connaissait les fistules utérines.

M^{me} LACHAPELLE fut, nous l'avons dit, la première à faire mention d'un cas de fistule vésico-utérine, en 1821 (1). Quatre ans plus tard (2), à propos des ruptures de l'utérus, elle s'exprime d'une manière claire et précise relativement à la fistule vésico-utérine :

Une femme perd les eaux de l'amnios pendant trois jours, après quoi elle accouche naturellement. Les suites sont d'abord heureuses ; mais, au huitième jour de la couche, il se produit un écoulement subit, involontaire et continuel des urines. Elles coulent par le vagin ; mais le toucher démontre que ce canal est intact, et une sonde portée dans la vessie n'est rencontrée par le doigt que dans le col même de l'utérus. La fistule avait plus de quatre lignes de diamètre ; elle fut jugée incurable.

Dès lors, les fistules vésico-utérines attirèrent vivement l'attention des savants.

STOLTZ (3) de Strasbourg, en donna le premier une observation si complète, si instructive et si remarquable que nous croyons devoir la reproduire *in extenso* en

1. M^{me} LACHAPELLE. *Pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1821.

2. M^{me} LACHAPELLE. Paris, 1825, t. III, p. 405.

3. *Mémoire sur les perforations du col de l'utérus, et les fistules vésico-utérines et vésico-abdominales*, par Stoltz, de Strasbourg, 1828.

tête de notre chapitre II. Il n'indiqua aucun traitement.

Puis parurent les merveilleux travaux de JOBERT DE LAMBALLE sur les fistules génito-urinaires. Le premier, il reconnut et décrit leurs diverses variétés : *vésico-vaginales*, *vésico-utérines* et *vésico-utéro-vaginales*, ces dernières subdivisées en *superficielles* et *profondes*. Le premier aussi, il indiqua des procédés opératoires qui donnèrent d'incontestables succès et il les perfectionna à ce point qu'on les emploie encore aujourd'hui, fort peu modifiés. Il préconisa d'abord (1836) (1) une méthode autoplastique, l'*Élytrophlastie*, qui consistait à greffer sur la fistule préalablement avivée, un lambeau cutané ou muqueux du voisinage prélevé sur la cuisse, ou l'une des grandes ou petites lèvres, selon la méthode italienne. Ce procédé aurait pu être appliqué à la cure des fistules vésico-utéro-vaginales. Il fut vite abandonné par son auteur et n'a guère été repris depuis.

Jobert de Lamballe obtint, en effet, les succès les plus remarquables, et les plus constants avec une méthode à laquelle il eut bientôt recours, la *cystoplastie par glissement* (2). Ici l'auteur ne se propose plus d'emprunter les moyens de séparation à des tissus éloignés, mais à l'organe lésé lui-même. Le principe de la méthode consiste dans l'avivement de la suture des lèvres de la fistule, après mobilisation obtenue grâce à des incisions libératrices faites sur le vagin et à des décollements remontant même au delà de l'insertion vagi-

1. JOBERT DE LAMBALLE, *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 193.

2. JOBERT DE LAMBALLE, *Bulletin Académie méd.*, 1847, T. XII.

nale sur le col utérin (1). Le principe de la cystoplastie par glissement ou par locomotion, procédé décrit pour la cure des fistules vésico-vaginales, s'applique au traitement opératoire des fistules vésico-utéro-vaginales, c'est pourquoi nous le mentionnons ici.

Pour les fistules qui nous occupent, Jobert indiqua spécialement les méthodes suivantes (2) : 1° incision longitudinale du col utérin dans le plan des commissures des lèvres, relèvement de la lèvre antérieure, pour permettre de bien voir l'extrémité utérine de la fistule, avivement et suture. Ce procédé donna à son auteur un succès retentissant. 2° Avivement et fermeture par sutures du canal utérin. L'utérus devient un diverticule de vessie et les règles sortent, mélangées à l'urine par la vessie. 3° Pour les fistules vésico-utéro-vaginales, incisions libératrices et décollement du vagin, avivement et suture du bord vaginal de la fistule, soit à la lèvre antérieure du col utérin si elle n'est pas complètement détruite, soit à la lèvre postérieure. Dans ce dernier cas, on réalise un second mode de fermeture, intra-vésicale, de l'utérus.

A peu près à la même époque VIDAL DE CASSIS (3), 1844, faisait connaître une méthode indirecte de guérison des fistules du vagin. Ce procédé, encore suscepti-

1. JOBERT de LAMBALLE. *Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849.

2. JOBERT de LAMBALLE. *Traité des fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales*, Paris, 1852.

3. VIDAL DE CASSIS, oblitération de l'orifice du vagin pour le traitement des fistules urinaires. *Annales de chirurg. fr. et étr.*, 1844, p. 208.

ble d'applications aujourd'hui en cas de très grande perte de substance, consiste à fermer la vulve, ou mieux la partie inférieure du vagin, de façon à transformer ce conduit en cavité complémentaire de la vessie.

Pour en finir avec les procédés indirects, nous citerons de suite celui que ROZE (1) a indiqué en 1885, en cas de fistule s'accompagnant d'une perte de substance énorme comprenant le col même de la vessie : il crée une fistule faisant communiquer le vagin et le rectum, et ferme la vulve et le méat urinaire. L'urine et le sang des règles tombent ainsi dans le rectum, et le sphincter anal doit suppléer à la destruction du sphincter vésical.

L'oblitération directe des fistules vésico-utérines, décrite par Jobert, donna à SIMON, SPIEGELBERG en 1873, à KALTENBACH en 1875, à LOSSEN, à MARTIN, à MULLER, à SANGER, des succès, obtenus difficilement, malgré les perfectionnements apportés à la technique primitive et inspirés par le procédé américain de SIMS et BOZEMANN pour les fistules vésico-vaginales.

FOLLET (2), WOLFLER (3), CHAMPNEYS (4), OTTO VON HERFT, (5), BARDESCU (6), procédant chacun de façon un

1. ROZE. *Revue des Sciences Médic.*, 1885, t. XXV, p. 630.

2. FOLLET, de Lille. *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 26 mai 1886.

3. WOLFLER. *Memorabilien von Fr. Betz*. Heilbronn, 1887, n° 2, p. 99.

4. CHAMPNEYS. *Obst. Soc. of London*, 3 octob. 1888.

5. OTTO v. HERF. Zur Behandlung der Blazengebarmutterfisteln (*Zeitschr. Geb. u. Gyn.*, 1891, t. XXII, p. 1.

6. N. BARDESCU. *Centr. f. Gyn.*, 1900, p. 170.

peu différente séparent la vessie de l'utérus, et, dans ce plan de clivage, suturent séparément l'orifice vésical et l'orifice utérin. C'est le procédé du dédoublement imaginé par DUBONÉ (1864) pour les fistules vésico-vaginales, appliqué aux fistules vésico-utérines.

En 1892, MICHAUX (1) propose d'aborder la fistule par la voie ischio-rectale.

Enfin les progrès de la chirurgie contemporaine ont permis d'aborder les lésions du plancher uro-génital par la voie abdominale. Trois méthodes sont en présence : celle de TRENDELENBURG (2), transvésicale, qui fut créée en 1880 par le chirurgien de Bonn et à propos de laquelle fut imaginée et appliquée la position inclinée de « Beckenhochlagerung » qui devait transformer la chirurgie pelvienne ;

Celle de BARDENHAUER (3), sous-péritonéale ;

Celle de DITTEL (4), imaginée, en 1893, présentée à nouveau par FORGUE (5), en 1906, transpéritonéale.

Nous ne faisons que mentionner ici ces opérations dont nous ferons plus loin l'étude et la critique. Nous dirons seulement, pour terminer cet aperçu historique, que tous ces modes de traitement doivent leurs succès non seulement à l'ingéniosité de leur technique opéra-

1. MICHAUX. *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 717.

2. TRENDELENBURG, Ueber Blasenscheiden fistel operationem. Wolkmann's Samuel Klin. Vortr., 1890, n° 355.

3. BARDENHAUER, XX^e Cong. des chirur. allemands, avril 1891.

4. DITTEL. Abdominale Blasenscheiden fistel operationem. *Wien. Klin. Woch.*, 1893, p. 449.

5. EMILE FORGUE. *Rev. gyn. et chir. abd.*, 30 juin 1906, p. 503.

toire, mais encore aux merveilleux progrès que, dans ces derniers temps, les diverses branches de la science ont fait faire à l'art de la chirurgie en la dotant d'anesthésiques précieux, de l'antisepsie, de l'asepsie, d'un outillage perfectionné, de procédés d'éclairage excellents, de la cystoscopie, etc., et qu'il n'est pas de fistules urinaires si graves, si compliquées, que la science moderne ne puisse guérir de façon complète et définitive.

CHAPITRE II

Considérations générales sur les fistules vésico-utérines.

Nous croyons devoir faire figurer en tête de ce chapitre la première observation de fistule vésico-utérine qui ait été publiée. Elle est si complète et si typique qu'elle nous permettra d'abrégér considérablement les notions que nous devons donner de cette affection avant d'aborder l'étude de son traitement. Il s'agit malheureusement d'une fistule vésico-utérine compliquée de fistule utéro-abdominale, lésion qui ne rentre pas dans le cadre de notre sujet. Nous noterons, pour la mentionner plus tard, la possibilité de cette complication, et, ne voulant rien modifier à l'observation de STOLTZ, de Strasbourg, nous la donnons quand même *in extenso*.

Observation 1

« La fille A. B..., native de H..., âgée de 34 ans, d'une stature moyenne, d'un tempérament sanguin-lymphatique, brune, entra à l'hôpital civil de Strasbourg le 18 mars 1828, enceinte

pour la troisième fois, et parvenue au commencement du neuvième mois de la grossesse. Elle déclara que ses deux premières couches avaient été heureuses, mais qu'elle avait chaque fois souffert beaucoup en accouchant et que la tête de l'enfant était restée longtemps au passage. Cette dernière gestation n'avait présenté aucun incident remarquable, si ce n'est quelques pertes de sang par les parties génitales au quatrième mois et qu'une saignée du bras fit cesser.

« Pendant tout le temps de la grossesse, que la fille Bacher passa à la salle d'accouchement, elle se porta bien. Le 12 avril, arrivée à terme, elle sentit les douleurs de l'enfantement. Deux heures après, les membranes se rompirent. C'était dans un moment peu favorable, car l'orifice de la matrice ne se trouvait que fort peu dilaté, son bord était épais, et les contractions ne revenaient qu'à des intervalles éloignés. Elles étaient, en outre très faibles. Néanmoins, la tête, qui se présentait en position occipito-postérieure droite, ne tarda pas longtemps à plonger dans l'excavation et même à l'occuper définitivement. On s'attendait à voir le travail se terminer d'un instant à l'autre; mais quoique les douleurs fussent fréquentes, énergiques, et accompagnées d'un violent ténésme, la tête n'avancait pas; le cuir chevelu se tuméfia peu à peu, au point de venir faire saillie entre les lèvres de la vulve.

« Ce ne fut qu'après douze heures d'efforts de la part de la nature et de la femme que l'enfant vit le jour. Aussi était-il dans un état d'asphyxie complète : sa respiration ne put jamais s'établir qu'imparfaitement, et, au bout de trois jours, il mourut sans avoir tété ni fortement crié. Il était du sexe féminin, bien constitué et bien conformé. Les symptômes observés pendant les trois jours de son existence firent soupçonner un épan-

chement apoplectique dans le crâne. En effet, sa face était gonflée, violette, les membres pendants au moment de sa naissance. Plus tard, il resta dans un état comateux dont rien ne put le tirer. L'autopsie du cadavre fit reconnaître trois épanchements sanguins : l'un externe, entre le cuir chevelu et le crâne ; l'autre interne, entre le crâne et la dure-mère ; le troisième au-dessous, entre la dure-mère et le cerveau. Ce dernier était le plus considérable, et avait sensiblement déprimé la partie correspondante de l'hémisphère cérébral.

« L'accouchée, à l'exception de la fatigue naturelle à la suite d'un travail long et douloureux, n'éprouva rien d'extraordinaire pendant les trois premiers jours qui suivirent sa délivrance. Quelques tranchées vives se firent ressentir, mais sans réaction fébrile : les lochies coulèrent comme à l'ordinaire ; point de travail laiteux.

« A la fin du troisième jour, il se déclara une hémorrhagie par les parties génitales, qu'on eut beaucoup de peine à maîtriser par des astringents administrés à l'intérieur et appliqués à l'extérieur. Dans la nuit, il survint une diarrhée sans coliques, mais suivie de gonflement tympanique du ventre, de chaleur et de fièvre.

« On employa différents moyens rationnels pour combattre ces symptômes, qui adhèrent et se reproduisirent à différentes reprises.

« Du onzième au dix-septième jour, on constata les signes caractéristiques d'une péritonite latente : gonflement de l'abdomen, douleurs sourdes à l'hypogastre, chaleur, pouls fébrile, diarrhée fétide, soif, langue rouge, accablement. Douze ventouses scarifiées furent appliquées sur le bas-ventre, et suivies d'un cataplasme narcotico-émollient. Dans la nuit, douleurs vives

dans l'hypocondre, et dans le côté droit de la poitrine ; respiration courte et laborieuse. Le dix-neuvième jour, ces symptômes existant encore, on fit appliquer un vésicatoire sur l'endroit douloureux. Le vingt-deuxième jour, la fièvre était plus forte, il s'y était joint du délire, et des selles involontaires et fétides. Le vingt-quatrième jour, expectoration sanguinolente, aggravation des symptômes du côté de sa poitrine.

« A cette époque, on nous fit remarquer que les lochies étaient séreuses et âcres, et *que les urines coulaient involontairement et sans interruption dans le lit.* On attribua d'abord cette incontinence d'urine à la faiblesse de l'accouchée ; mais le même rapport ayant été fait plusieurs jours de suite on eut l'idée de l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Cette supposition était fondée sur le long séjour de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne au moment de l'accouchement. Chargé d'explorer la malade, je pratiquai d'abord le toucher vaginal. Cette opération ne m'apprit rien d'extraordinaire : le vagin était très lubrifié et chaud ; mais nulle part je ne rencontrai de traces d'une ouverture morbide. Pour examiner avec plus de soin la paroi vaginale antérieure correspondante au canal de l'urètre et au bas-fond de la vessie, je fis placer la malade en travers du lit, comme dans l'accouchement difficile, et introduisis dans le vagin un spéculum bivalve à charnière (spéculum de Deyber), au moyen duquel je mis cette paroi complètement à nu, de manière que l'œil pût la parcourir dans toute son étendue. Aucune trace de perforation ne put être découverte ; cependant l'urine coulait du spéculum comme d'une gouttière. Je pris alors une algalie de femme et j'en promenai le bec le long du canal de l'urètre, jusqu'au col de la matrice, en tâtonnant et pressant sur cette ligne, sans pouvoir trouver l'endroit d'où l'urine s'écoulait. En-

fin j'introduisis la sonde dans la vessie et fis la même exploration d'arrière en avant et d'avant en arrière dans l'intérieur du canal et du réservoir de l'urine, sans arriver à découvrir un passage anormal.

« On renonça dès lors à la supposition d'une fistule, et l'on expliqua l'écoulement de l'urine par la vulve, en disant qu'elle sortait probablement en bavant du méat urinaire, et arrivait de là dans la partie inférieure du vagin.

« La maladie de la fille B... ne cessa de faire des progrès. Les symptômes pectoraux devinrent seuls dominants, en fixèrent presque seuls l'attention. La malade cracha tous les jours du sang, l'expectoration était difficile, l'oppression de poitrine considérable. En même temps, le gonflement tympanique du ventre et la diarrhée persistaient. L'écoulement de l'urine était toujours involontaire.

« Le trente-sixième jour, redoublement de fièvre, vomissements de matières vertes, porracées ; continuation de la diarrhée. A partir de ce moment, les vomissements se répétèrent à chaque instant. Rien ne put les arrêter ; les forces diminuèrent promptement ; sa respiration s'embarrassa de plus en plus ; le poulx devint filiforme, les extrémités s'infiltrèrent et sa face se grippa. Enfin, la mort survint le quarante et unième jour des couches.

« L'autopsie fit découvrir des désordres nombreux et qu'on avait à peine soupçonnés, parce qu'ils s'étaient développés lentement, et d'autres auxquels on n'avait pas pu songer, parce qu'ils étaient presque sans exemple dans la science.

« On s'attendait à trouver dans la poitrine la cause principale de la mort, les symptômes pectoraux ayant été les plus saillants dans les derniers temps de la maladie. Les deux poumons étaient

engoués ; le droit surtout présentait une infiltration séro-sanguine très prononcée ; mais du reste il n'y avait rien d'anormal. Les plèvres, le péricarde, le cœur étaient sains.

« Dans le ventre, on trouva les lésions les plus étendues et les plus remarquables. Toute la surface du péritoine portait les traces d'une phlegmasie intense ; sa cavité renfermait environ 1 kilogramme de liquide séro-purulent, d'un blanc grisâtre et d'une odeur infecte. Le péritoine pariétal était tapissé d'une fausse membrane épaisse et dense, au moyen de laquelle il adhérerait au foie, à la rate et au paquet intestinal, qui lui-même était réuni en une seule masse recouverte par l'épiploon. Celui-ci était épaissi et présentait de larges plaques de couleur ardoisée. Les anses intestinales qui se trouvaient dans le voisinage de la matrice et de ses annexes avaient contracté de nombreuses adhérences avec ces parties.

« Des abcès sous-péritonéaux multipliés, du volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule, se voyaient çà et là sur la matrice, dans les ligaments larges et dans le tissu cellulaire du bassin. La vessie était contractée et retirée derrière les pubis. En un mot, on reconnut les effets d'une péritonite puerpérale générale et intense.

« L'utérus et ses annexes, la vessie et le rectum furent extraits du cadavre et examinés avec la plus grande attention, surtout en vue de trouver la cause de l'incontinence d'urine pendant la vie. Le canal de l'urètre et la vessie furent fendus dans toute leur longueur. Aussitôt on fut frappé par la vue d'un orifice arrondi placé en arrière du col de la vessie, au bas-fond, à peu près au milieu du trigone vésical.

« Le bord de cette ouverture, entourée d'un cercle rouge, était taillé en biseau, ce qui lui donnait la forme d'un entonnoir.

Une sonde de calibre ordinaire put facilement y être engagée.

« On crut d'abord que cette ouverture communiquait avec le vagin. Pour s'en convaincre, on ouvrit ce canal, le long de sa paroi postérieure, mais on ne put apercevoir aucune trace de lésion en avant. Alors, on réintroduisit la sonde dans l'orifice vésical, mais après avoir tâtonné pendant quelque temps, on reconnut que l'extrémité de l'instrument était arrêtée dans la cavité du col de la matrice. En inclinant la sonde en haut, on en fit sortir le bouton par l'orifice interne du col utérin, et l'on reconnut que cette ouverture se trouvait à 6 lignes environ (14 millimètres) au-dessus de l'orifice externe de la matrice.

« Il existait, par conséquent, une *communication entre le bas-fond de la vessie et la cavité du col de l'utérus*, en d'autres termes, une perforation ou *fistule vésico-utérine*. L'urine passait, pendant la vie, de la vessie dans le col de l'utérus et arrivait de là dans le vagin. Voilà pourquoi il avait été impossible de découvrir à l'examen le plus minutieux la source de l'écoulement involontaire des urines et leur passage par les parties génitales.

« Une investigation plus étendue fit apercevoir que la paroi postérieure du col de la matrice était également perforée, juste vis-à-vis de l'endroit où existait l'ouverture vésicale. Cette seconde ouverture, ronde comme la première, et absolument du même calibre, établissait une communication entre la cavité du col de l'utérus et le cul-de-sac péritonéal qui se trouve entre la matrice et le rectum ; mais du côté du péritoine cette ouverture était obstruée par une fausse membrane épaisse ; ce qui ne constituait pas moins une perforation ou fistule utéro-abdominale, perforation qui était évasée en entonnoir du côté externe, c'est-à-dire vers le cul-de-sac péritonéal.

« La substance utérine elle-même, et celle du vagin, n'avaient subi aucune altération. Toute l'activité inflammatoire s'était épuisée à la surface externe ou péritonéale de la matrice et de ses annexes. La muqueuse vésicale était partiellement injectée.

« Tous les autres organes du corps furent trouvés dans l'état normal.

« Nous examinâmes ensuite le bassin. L'état des organes génito-urinaires rendait l'examen du bassin d'autant plus intéressant, que c'est dans les vices de conformation de ce canal que l'on trouve souvent l'explication des désordres survenus aux parties molles de la mère et à la tête de l'enfant pendant l'accouchement. Dépouillé de tout ce qui le garnit à l'intérieur et à l'extérieur, le bassin présenta les particularités suivantes.

« Le détroit supérieur du petit bassin est légèrement aplati d'avant en arrière, ce qui lui donne une forme elliptique transversalement. Cette ellipse est cependant échancrée en arrière par l'angle sacro-vertébral. Le diamètre sacro-pubien n'a que 3 pouces 6 lignes (0 m. 095), le transverse 5 pouces (0 m. 135), et chacun des obliques 4 pouces (0 m. 011).

L'excavation est notablement rétrécie d'avant en arrière par une disposition tout à fait exceptionnelle du sacrum. Les courbures de cet os sont redressées, ce qui le rend tout à fait plat dans le sens de sa longueur et transversalement, en même temps que plus large que long (longueur, 4 pouces = 0 m. 11 ; largeur, 4 pouces 1/2 = 0 m. 12). De là, la forme elliptique du détroit supérieur. Le coccyx, au lieu d'être recourbé en avant, est dirigé directement en bas, ce qui fait que la paroi postérieure de l'excavation a néanmoins 5 pouces (0 m. 135) de hauteur. La symphyse pubienne a 1 pouce d'épaisseur au milieu ; elle est longue de 2 pouces 3 lignes (0 m. 06), en y comprenant le liga-

ment triangulaire. Le diamètre antéro-postérieur n'a que 3 pouces 6 lignes (0 m. 095), tandis que la courbure du sacrum lui donne ordinairement 6 lignes (0 m. 015) de plus qu'au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur.

« Le détroit inférieur est également rétréci. L'arcade pubienne est triangulaire; ses bords ne sont pas recourbés en dehors. Le diamètre coccy-pubien ne mesure que 3 pouces (0 m. 08) et le transverse que 3 pouces 6 lignes (0 m. 095).

« Cette conformation, évidemment vicieuse du bassin de la fille B..., explique d'une manière satisfaisante les difficultés et les lenteurs qu'a éprouvées l'expulsion de la tête du fœtus ainsi que les lésions observées à cette dernière et aux parties génitales de la mère. En effet, c'est la compression éprouvée par la tête fœtale au moment de son passage à travers l'excavation pelvienne qui a déterminé les épanchements sanguins qui ont été la cause de la mort de l'enfant. *C'est la compression du segment inférieur de la matrice par la tête du fœtus, entraîné par elle dans l'excavation, qui a déterminé la mortification des deux points opposés du col de la matrice et la double perforation consécutive, vésico-utérine et utéro-abdominale.*

« Pourquoi ces accidents ne sont-ils pas arrivés dans les couches précédentes? La fille Bacher a raconté qu'elle avait accouché très péniblement les deux premières fois; s'il n'est pas survenu d'accident pendant le travail, c'est probablement parce que les conditions étaient meilleures, et, par suite, le séjour de la tête dans la cavité du bassin moins long. Un peu plus d'énergie dans les forces expultrices, une tête un peu moins volumineuse, ont suffi pour abrégier la durée de l'expulsion définitive, et éviter des suites désagréables.

« On aurait sans doute empêché la mortification du col de la

matrice, et la double perforation consécutive dans cette dernière couche, *si l'on avait terminé l'accouchement avec le forceps, après que la tête eût séjourné deux ou trois heures dans l'exca-* *vation* (1). Cette opération était parfaitement indiquée, car chez une femme qui a déjà eu des enfants, la tête ne demeure pas si longtemps dans cette position, si elle n'y est retenue par une cause dystocique.

« Les escarres se sont détachées à la fin du troisième jour ; leur chute a été signalée par une hémorragie abondante ; immédiatement après se sont déclarés les premiers symptômes de péritonite. Le point de départ de cette affection a sans doute été la perforation postérieure. Y a-t-il eu épanchement dans la cavité péritonéale ? C'est assez probable. Le bouchon albumineux concret qui obstruait plus tard l'ouverture utéro-abdominale ne s'est formé que consécutivement à la péritonite et par suite d'une sécrétion pseudo-membraneuse.

« Quoique l'on n'ait reconnu l'écoulement involontaire de l'urine que le vingt-quatrième jour des couches, il devait exister depuis longtemps ; seulement l'attention n'avait pas été fixée sur ce symptôme. Il est probable aussi que la vessie se distendait encore au commencement, et que l'urine passait de temps en temps, au moins en partie, par le canal de l'urètre ; car sa filtration à travers le col de l'utérus n'est pas aussi facile que par une fistule vésico-vaginale.

« La double perforation du col de la matrice et le passage

1. Nous soulignons au milieu de tant d'autres si remarquables cette phrase de Stoltz, et nous tenons à faire observer combien il est curieux de voir émettre, en 1828, cette idée judicieuse, en tous points conforme à l'enseignement obstétrical moderne, comme nous le dirons dans le chapitre IV de ce travail.

anormal de l'urine n'ayant pas été reconnu pendant la vie, aucun moyen de guérison n'a pu être dirigé contre l'incontinence ; l'état général de la malade ne l'aurait d'ailleurs pas permis. La persistance de l'écoulement involontaire des urines eût sans doute fini par en faire découvrir la cause, si la fille B... n'avait pas succombé. »

Les considérations générales que nous avons à donner sur les fistules vésico-utérines porteront sur les points suivants: 1° *Anatomie topographique*; 2° *Causes*; 3° *Siège et variétés*; 4° *Anatomie pathologique*; 5° *Symptômes*; 6° *Diagnostic*; 7° *Pronostic et complications*.

1° ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Nous limiterons strictement ces notions à ce qui intéresse notre sujet.

Schématiquement, la ceinture osseuse du bassin de la femme protège trois ordres d'organes formant trois plans juxtaposés d'avant en arrière: un plan, antérieur, organes appartenant à l'appareil urinaire: vessie et urètre; un plan moyen: organes génitaux: utérus et vagin; un plan postérieur: organe de la défécation: rectum.

Le plan moyen génital nous montre en bas le *vagin*, conduit musculo-membraneux, long de 7 à 9 centimètres, dans la cavité duquel vient faire saillie la partie inférieure du col de l'utérus. C'est sur le col de l'utérus

que s'insère le vagin par son extrémité supérieure, non d'une façon circulaire, mais plus haut en arrière (à 18 millimètres de l'orifice externe de ce col) qu'en avant (à 10 millimètres seulement, chiffres moyens). Il existe ainsi entre les parois du vagin et le col un cul-de-sac antérieur, et un postérieur plus profond.

Au dessus de l'insertion du vagin, le col utérin mesure encore 12 millimètres en arrière, 18 en avant. Il a donc une longueur totale, moyenne, d'environ 30 millimètres, avec un diamètre transversal de 22 millimètres à peu près. Un sillon léger, appelé *isthme*, sépare le col du corps de l'utérus qui présente une forme triangulaire, avec une hauteur sensiblement égale à celle du col (plus petite chez les enfants, plus grande chez les multipares), et une base supérieure de 4 centimètres environ. L'épaisseur de ses parois est d'ordinaire de 1 centimètre. Il suffit, pour avoir les dimensions de la cavité de cet organe, de retrancher 1 centimètre de ses dimensions extérieures.

Le vagin et l'utérus décrivent une courbe à concavité antérieure regardant la vessie, réservoir musculéux dont les dimensions et les rapports varient constamment avec la quantité d'urine qui s'y trouve. Vide, la vessie ne dépasse pas le bord supérieur des pubis : elle est cachée derrière eux et s'en trouve séparée par une couche de tissus cellulo-graisseux très lâches, espace prévésical de Retzius. A mesure qu'elle se distend, la vessie se dégage de l'excavation et s'élève entre la paroi abdominale et les organes génitaux situés derrière elle, utérus et vagin. Cet accroissement de volume se

fait surtout aux dépens de sa paroi postérieure, la base du réservoir restant à peu près fixe sur le plancher pelvien et son sommet se portant peu à peu en haut et en avant.

En se remplissant, la vessie soulève le péritoine qui tapisse son pôle supérieur. La séreuse vient s'interposer entre la paroi abdominale et la vessie, formant un cul-de-sac *prévésical*, dont le fond ne descend pas tout à fait jusqu'au pubis ; une partie de la face antérieure de la vessie, sur une hauteur de 3 centimètres environ, se trouve donc ainsi apposée à la paroi abdominale sans interposition de séreuse. Le péritoine couvre aussi la moitié de la paroi postérieure de la vessie et passe de là sur la face antérieure de l'utérus qu'elle aborde au niveau de l'isthme, et remonte le long de cette face, laissant ainsi en contact avec la vessie toute la portion extra-vaginale du col. Entre la vessie et l'utérus, le péritoine a formé un second cul-de-sac, *vésico-utérin*. Du bord supérieur de l'utérus, la séreuse descend tout le long de sa face postérieure, recouvre encore le quart supérieur de la paroi postérieure du vagin et remonte le long de la paroi antérieure du rectum.

Étudions maintenant les tissus qui séparent les cavités des deux groupes d'organes : vessie en avant, utérus et vagin en arrière, et procédons de haut en bas. Nous trouvons d'abord le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, profond et vide quand la vessie est pleine, contenant des anses intestinales quand elle est vide. Au-dessous, la face postérieure de la vessie et la face antérieure du segment sus-vaginal du col utérin ne sont séparés que

par des tissus celluloux très lâches. C'est là une notion capitale : elle explique la possibilité des mouvements d'expansion de la paroi postérieure de la vessie, et la facilité que trouvera le chirurgien à séparer par dédoublement les deux organes. A ce niveau, une communication établie entre la vessie et la cavité utérine s'appellera fistule vésico-utérine.

Plus bas, le col utérin se sépare de la vessie et pénètre dans le vagin qui vient ainsi interposer entre eux sa face antérieure. Ainsi, une perforation pourra à ce niveau intéresser la paroi vésicale, la paroi vaginale et, de l'autre côté du cul-de-sac vaginal antérieur, la paroi antérieure du col utérin : ce sera une fistule vésico-utéro-vaginale. La vessie et le vagin adhèrent intimement : il s'ensuit que le fond de la vessie sera à peu près immobile, et que le dédoublement des deux organes présentera quelques difficultés. Entre la vessie et le vagin cheminent les uretères qui descendent obliquement, longeant le col de l'utérus sur ses côtés et pénètrent bientôt dans la vessie, à 3 centimètres au-dessous du museau de tanche. Plus bas, le vagin entre en rapport avec l'urètre.

Il nous reste à étudier les modifications de nature et de rapports que la grossesse à terme détermine au niveau des organes dont nous venons de voir la topographie, l'utérus étant en état de vacuité.

A terme, l'utérus mesure 33 centimètres de hauteur au lieu de 6. Malgré l'hypertrophie considérable du muscle utérin, la distension est telle que ses parois

sont sensiblement amincies (8 millimètres au niveau du corps). Elles sont moins consistantes. Le rétrécissement très léger qui, en l'état de vacuité, marque la séparation du col et du corps, l'isthme, a cessé d'être une ligne circulaire. C'est maintenant un cylindre de 6 centimètres, appelé *segment inférieur*. Le segment inférieur a une musculature très faible. Ses parois ont seulement 2 millimètres d'épaisseur. Il commence en haut à l'anneau de Bandl, bourrelet présenté par le muscle utérin ; c'est au niveau de cet anneau que le péritoine cesse d'adhérer à la face antérieure de l'utérus pour se porter sur le sommet de la vessie. Le segment inférieur est continué par le col, haut de 5 centimètres, que la dilatation amènera à un degré d'amaigrissement extrême. Ainsi 11 centimètres des parois utérines sont dépourvus de séreuse péritonéale. Celle-ci couvrant le pôle supérieur de la vessie le suit dans ses déplacements, et peut, quand la vessie est vide, descendre au-devant de cette région utérine, mais elle ne lui adhère pas, et n'aura plus aucun rapport avec elle, quand la vessie sera distendue.

Le réservoir urinaire dispose de fort peu de place pour se distendre. Vide, il est tout entier caché dans l'excavation entre les pubis et le segment inférieur. Rempli, il quitte presque tout entier l'excavation, s'étale au-devant de l'utérus en une tumeur très large et très plate. Sa portion inférieure, toujours adhérente au vagin reste dans l'excavation, et entre ces deux parties, l'une abdominale, l'autre pelvienne, se trouve un étranglement déterminé par la saillie des pubis, étranglement

qui répond, en arrière, au point d'union du segment inférieur et du col utérin. C'est la *vessie en sablier* d'AVARD.

3° CAUSES

Les fistules vésico-utérines peuvent se produire spontanément : un néoplasme, une gomme syphilitique, une lésion tuberculeuse, un phlegmon, développés dans l'épaisseur de la cloison vésico-utérine, peuvent, au cours de leur évolution, déterminer une communication entre les cavités de la vessie et de l'utérus. Ces causes sont exceptionnelles. Les fistules d'origine cancéreuse sont, dans ce groupe, les plus fréquentes.

Les traumatismes de toutes sortes peuvent perforer les parois de la vessie et de l'utérus et amener une fistule. Nous croyons que, dans des manœuvres abortives maladroites, il doit arriver que des instruments aigus traversent la paroi utérine antérieure et pénètrent dans la vessie. Si de plus nombreux cas n'en sont pas cités, c'est que ces fistules traumatiques ont une grande tendance à la guérison spontanée. Nous verrons, dans l'observation IV, cet accident produit par un fer rouge dirigé par un charlatan dans l'utérus pour cautériser des ulcérations.

Dans l'immense majorité des cas, les fistules vésico-utérines sont d'origine puerpérale. C'est à la suite des accouchements laborieux que ces fistules apparaissent. Nous ne ferons que citer la possibilité de la lésion des tissus vésico-utérins par des instruments employés au

cours de ces accouchements difficiles : forceps ou céphalotribe principalement. Elles sont dues en général à la compression prolongée de la cloison vésico-utérine par la tête fœtale contre la partie antérieure du bassin osseux, l'arcade pubienne. La zone ainsi comprimée peut être mortifiée, elle va s'escharifier et son élimination entraînera la communication des deux cavités vésicale et utérine.

Nous ferons remarquer que la tête fœtale ne peut exercer cette compression que quand elle a franchi le détroit supérieur, quand elle est engagée. Elle est arrêtée dans l'excavation pelvienne au-dessus du détroit inférieur. C'est surtout au moment où les contractions utérines tendent à la faire pénétrer dans ce détroit inférieur, en lui imprimant un mouvement de rotation que les tissus rétro-pubiens vont être contusionnés. Or, ces tissus rétro-pubiens ne doivent plus être formés par l'utérus : la tête a, à ce niveau, franchi l'orifice utérin et elle se trouve contenue dans le vagin qu'elle distend et comprime. Aussi voyons-nous les fistules vésico-vaginales beaucoup plus fréquentes que les utérines. Il faudra donc, pour que ce soit l'utérus qui soit traumatisé, que la tête n'ait point franchi l'orifice inférieur du col et qu'elle arrive dans l'excavation coiffée de la partie inférieure de la matrice. On comprend que tout ce qui pourra s'opposer à la dilatation facile du col de l'utérus, cicatrice ancienne, infiltration adénomateuse, âge avancé pour une primipare, etc., aidera à la production de la fistule vésico-utérine. Un certain degré de rétrécissement du bassin dans le sens antéro-postérieur, une tête

trop volumineuse, des contractions expulsives insuffisantes qui entraînent un séjour prolongé de la tête dans l'excavation, le peu de résistance et la vulnérabilité des tissus maternels, toutes les conditions enfin qui ne permettent pas à la parturiente de recevoir promptement des soins éclairés, sont d'autres causes susceptibles d'expliquer la formation des fistules qui nous occupent, quand un certain nombre d'entre elles se trouvent réunies. L'administration de l'ergot de seigle qui tétanise l'utérus sur un obstacle est capable encore d'aider à la production de ces accidents.

Enfin, quand la rupture des membranes se produit avant tout début de travail (c'est le cas rapporté dans l'observation I, c'est aussi ce qui se passe dans notre observation VI) on conçoit que la dilatation du col va se faire très difficilement. La partie des eaux n'étant plus là pour venir s'insinuer à chaque contraction dans la cavité du col, la tête seule qui présente une forme immuable et peu élastique va avoir à faire les frais de cette dilatation. Si l'accoucheur n'intervient pas, il y aura là une cause très nette de longueur excessive du travail, d'abaissement du col et de danger pour lui de contusion et de mortification.

3° SIÈGE ET VARIETES

Les notions anatomiques et étiologiques qui précèdent vont nous permettre de classer très facilement les fistules vésico-utérines selon les points où elles sont susceptibles de siéger.

Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descendant jusqu'à l'isthme et séparant par conséquent le corps utérin de la vessie, en l'état de vacuité; descendant jusqu'à la partie supérieure du segment inférieur en l'état de grossesse : on conçoit que le corps de l'utérus est à l'abri des fistules vésicales et que celles-ci peuvent seules intéresser le col, et, au moment de l'accouchement, le segment inférieur. Le segment inférieur n'existant plus quand l'utérus est revenu à ses dimensions primitives, ces fistules se rapportent toutes au col et seraient plus justement appelées *vésico-cervicales*.

Nous avons vu que le col était dans sa partie supérieure sus-vaginal et dans sa partie inférieure intra-vaginal. Nous savons aussi que le segment intra-vaginal est séparé de la vessie par la partie toute supérieure de la paroi antérieure du vagin qui forme à ce niveau le cul-de-sac antérieur. Il s'ensuit que la fistule qui siège au-dessus de l'insertion du vagin n'a avec cette cavité qu'une communication indirecte par le canal cervical ; que la cause destructive, qui agit au-dessous de cette insertion, intéresse en même temps le cul-de-sac supérieur du vagin qui, placé entre le col et la vessie, fait à ce niveau partie de la cloison vésico-utérine. Cette fistule met donc en communication avec la vessie non seulement la cavité du col mais encore la cavité vaginale et s'appelle *vésico-utéro-vaginale*.

Les fistules vésico-vaginales étant beaucoup plus fréquentes que les fistules utérines et le col devant être abaissé par la tête pour être contusionné contre l'arcade pubienne, on devine que sa partie inférieure intra-vagi-

nale sera plus souvent le siège de fistules que sa partie supérieure : les fistules vésico-utéro-vaginales sont en effet plus souvent constatées que les fistules sus-vaginales.

L'orifice vésical de la fistule sera plus ou moins élevé au-dessus du bas-fond selon les circonstances traumatiques, selon aussi le degré de réplétion de cet organe : un certain volume d'urine au moment de l'accouchement tient, en effet, une grande partie du réservoir au-dessus du pubis et amène derrière cet os un point très bas situé, quelquefois même l'urètre.

4° ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La présence de l'orifice fistuleux ouvre dans les voies urinaires une route à l'infection, elle permet aussi aux urines de s'écouler dans l'utérus et le vagin. Consécutivement, des altérations profondes apparaissent au niveau de ces organes et des organes voisins. Nous étudierons dans cet article la fistule, l'état de la vessie, de l'utérus et du vagin. Les autres lésions seront mentionnées à l'article « Complications ».

Fistule. — La fistule peut ne pas être un trajet, mais un simple orifice à bords cicatriciels mettant en communication la vessie et les organes génitaux, et pouvant entraîner une perte de substance de dimensions très variables, depuis le pertuis punctiforme jusqu'à la destruction de toute la paroi antérieure du col et d'une plus ou moins grande partie de la paroi antérieure du vagin. Dans d'autres cas, c'est un trajet, toujours court,

de diamètre étroit s'ouvrant d'une part dans la vessie, de l'autre dans les organes génitaux, ce dernier orifice étant souvent taillé en entonnoir, plus ou moins arrondi ou ovale transversalement, à bords épaissis, durs et bosselés.

Généralement il n'y a qu'une fistule. Il peut y avoir coexistence de fistule urinaire vaginale, urétérale, et aussi de fistule uréthro-vaginale et de fistule utéro-abdominale, comme dans l'observation I.

Vessie. — L'infection vésicale est moins précoce dans le cas de fistule intra-cervicale que dans le cas de fistule vésico-utéro-vaginale. La vessie est toujours considérablement diminuée de volume ; tôt ou tard, la cystite éclate, les parois s'épaississent, les urines sont troubles, de réaction alcaline, d'odeur ammoniacale. Il se fait des dépôts phosphatiques qui s'accroissent sans cesse. Il se forme ensuite de la péricystite et la vessie devient adhérente de tous côtés. Le cul-de-sac péritonéal moyen est lui-même intéressé par l'inflammation et la vessie est plus ou moins unie au corps de l'utérus et à ses annexes.

Utérus. — Si la fistule est haute, le col utérin peut n'offrir pendant longtemps que très peu de modifications : un peu de rougeur et d'induration. Mais bientôt la métrite apparaît, avec tous ses symptômes, infection favorisée par l'irritation continuelle de l'urine.

Le col peut être détruit plus ou moins complètement, quelquefois dans toute sa paroi antérieure. On aperçoit alors, au fond de cette vaste perte de substance, une espèce de rigole qui n'est autre chose que la face

antérieure de la paroi postérieure du conduit utérin.

L'altération du museau de tanche peut être considérable : Pozzi l'a vu dans un cas, dur, bosselé, augmenté de volume, avec des ulcérations taillées à pic, présenter l'aspect d'une lésion de mauvaise nature, d'un cancer nodulaire.

Vagin. — Cet organe est toujours très vite enflammé par le passage de l'urine, surtout si sa paroi antérieure est intéressée par la fistule. Ses parois se modifient, se rétractent, se rapprochent, il se forme des adhérences, des brides, des cloisonnements, des cavités secondaires, dans lesquelles stagnent le pus, l'urine, les dépôts phosphatiques, le sang des règles. Il devient adhérent aux parties environnantes et perd toute sa souplesse.

5° SYMPTOMES

Le premier symptôme qui apparaît, c'est, quelques jours après l'accouchement, l'écoulement des urines par le vagin. La malade n'urine plus et est constamment mouillée. Dans la position couchée, l'écoulement est incessant ; debout la malade garde ses urines pendant un temps plus ou moins long : cela tient à ce que, dans ces fistules hautes l'orifice vésical est toujours plus ou moins élevé au-dessus du point le plus déclive de la vessie, et, dans la position debout, cette cavité située au-dessous de la fistule peut se remplir jusqu'à ce que le liquide ait atteint le niveau de l'orifice anormal.

Bientôt, d'horribles douleurs physiques et morales rendent à la malade l'existence intolérable. L'odeur

urineuse qu'elle dégage fait d'elle un objet de dégoût. Les douleurs vésicales, le ténesme vésico-rectal, les hématuries font leur apparition. La malade est surtout une urinaire. Des complications plus terribles apparaîtront bientôt. Objectivement, la mise en place d'un spéculum permet de voir par quel point du vagin s'écoule une injection colorée poussée dans la vessie : c'est par un orifice situé sur la paroi antérieure si la fistule est vaginale ou vagino-utérine, c'est par l'orifice externe du col utérin, si la fistule est susvaginale. Dans ce dernier cas, une sonde poussée dans la cavité du col pourra pénétrer dans la vessie ou rencontrer une autre sonde introduite par l'urèthre dans la vessie. La cystoscopie permettra de voir l'orifice vésical et d'y engager un instrument.

6° DIAGNOSTIC

Le diagnostic est d'une grande facilité. Il faut penser à la possibilité de la fistule uretéro-utérine, d'ailleurs exceptionnellement rare. Dans le cas d'une fistule de ce genre une injection faite dans la vessie ne revient pas par le col utérin. La femme se sent constamment mouillée, goutte à goutte, et il n'y a pas, comme dans les fistules avec la vessie, de grandes quantités d'urine venant inonder les malades au changement de position. Les mictions sont encore possibles, et, si l'on recueille l'urine émise par l'urèthre, on la trouve égale en quantité à celle qui a coulé par le vagin.

7° PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Les fistules vésico-utérines guérissent assez souvent d'elles-mêmes, quand elles sont de petites dimensions, à cause de la tendance très marquée du tissu cervical à la rétraction cicatricielle.

Abandonnées à elles-mêmes, quand elles sont d'assez grandes dimensions, il arrive que, sur toute la circonférence de l'orifice, la muqueuse vésicale et la muqueuse utérine ou vaginale unissent leurs bords libres : la fistule est cicatrisée autour du trou de communication, et l'infirmité est définitive. Nous en avons vu les symptômes directs.

Bientôt l'infection vésicale devient ascendante, la pyélite et la néphrite se déclarent. De même les organes génitaux s'enflamment peu à peu : toutes les complications infectieuses métritiques et périmétritiques et annexielles menacent la malade. Les parties génitales externes et les cuisses deviennent le siège d'une vive irritation. Au bout d'un temps plus ou moins long les malades sont confinées au lit et l'état général devient de plus en plus mauvais.

Actuellement il n'est plus de cas incurable. Quand la fermeture directe de la fistule est possible, la femme peut recouvrer une santé parfaite. L'aménorrhée qui apparaît souvent, témoignant de l'altération profonde des organes génitaux, tant qu'existe la fistule, peut cesser, et la menstruation revenir normale après fermeture de la fistule.

Quand il est impossible de suturer la fistule, on pourra toujours débarrasser la malade de son infirmité par un procédé indirect qui rendra la femme inapte à être à nouveau fécondée.

Les opérées auront pendant quelque temps de l'incontinence d'urine, jusqu'à ce que la vessie ait retrouvé peu à peu sa capacité, l'élasticité de ses parois et la tonicité de ses sphincters.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement des fistules génito-urinaires est essentiellement chirurgical. Les cautérisations cependant ont suffi dans certains cas pour guérir des fistules très petites ou des fistulettes persistant après une opération : nous en parlerons avant d'étudier les procédés opératoires. Ceux-ci sont de deux ordres : ou bien ils s'attaquent à la fistule elle-même et laissent après guérison les organes génitaux dans toute leur intégrité ; ou bien ils ne cherchent pas à obturer l'orifice de communication anormale mais s'opposent à l'écoulement vulvaire de l'urine en oblitérant les voies génitales qui lui donnaient issue. Les premiers sont les procédés de choix, ce sont les *procédés directs*, les autres ne doivent être employés qu'exceptionnellement, ce sont les *procédés indirects*.

A quelle époque faut-il intervenir ? Il faut, pour les fistules puerpérales, attendre au moins huit semaines après l'accouchement : à ce moment, les règles ont

reparu, les lochies ont cessé, les eschares sont éliminées, les lèvres de la plaie sont vasculaires et solides ; plus tôt les tissus sont friables, plus tard ils sont modifiés et rétractés.

Avant l'opération, il est indispensable d'instituer un traitement général tonique et reconstituant, de guérir l'érythème et les excoriations produites sur les parties génitales externes par le contact incessant de l'urine ; de soigner la cystite concomitante ; de modifier les parois vaginales par des injections chaudes et répétées, par des séances de dilatation progressive, afin de les assouplir et d'abaisser leur septicité.

Les contre-indications à l'opération sont certainement très rares : elles seraient tirées de l'état général, de l'étiologie de la lésion, par exemple, en cas de lésions cancéreuses ou tuberculeuses en évolution.

L'importance curatrice de la position prise par la malade couchée avant et après l'opération a été l'objet de recherches nombreuses. Les premiers auteurs qui se sont occupés de la cure des fistules génito-urinaires ont étudié cette question et ont cherché à obtenir la cicatrisation de ces lésions en détournant l'urine de sa voie anormale au moyen d'une sonde à demeure et d'un décubitus approprié. VITRAC (1) a fait à ce sujet une communication au Congrès de Chirurgie de 1900. Il s'exprime ainsi :

« Dans de nombreuses expériences, j'ai cherché à

1. VITRAC (de Bordeaux). Congrès de chirurgie, 1900. Séance du 10 octobre.

« fixer le rôle joué par les diverses positions du corps
« dans l'écoulement des urines à travers l'orifice de la
« vessie fistuleuse. »

« Dans les cas les plus fréquents (fistule de la zone
« vaginale de la vessie), le décubitus dorsal a pour con-
« séquence l'issue totale, ou presque totale, de l'urine ;
« le décubitus latéral permet une continence plus mar-
« quée : le décubitus ventral est la position la plus fa-
« vorable. » Pour le D^r Vitrac, en effet, une malade
atteinte de fistule vésico-vaginale se trouve dans des
conditions semblables à celles d'une malade opérée de
la taille hypogastrique et maintenue couchée sur le dos ;
or, on le sait, la plaie sus-pubienne guérit alors avec
une surprenante facilité.

« Théoriquement, il est donc illogique d'employer le
« décubitus dorsal ; le décubitus ventral est au con-
« traire indiqué dans tous les cas : a) fistule petite,
« récente, et qu'on veut guérir sans opération ; b) fis-
« tule qui vient d'être opérée. »

« Pratiquement le décubitus ventral a donné un beau
« cas de guérison sans opération. Je ne l'ai employé et
« vu employer après opération que dans des cas très
« défavorables, qui ont cependant donné des résultats
« encourageants. Il serait nécessaire avant l'opération
« d'habituer peu à peu les malades à garder cette posi-
« tion. Le décubitus latéral est théoriquement moins
« utile ; pratiquement il est d'un emploi plus simple
« que le décubitus ventral. A coup sûr il doit être pré-
« féré au décubitus dorsal. »

Il peut donc être utile de tenir sa malade couchée

sur le ventre ou sur le côté. Cependant ce n'est pas indispensable, mais on augmentera les chances de succès en prescrivant le décubitus latéral pendant les premiers jours qui suivent l'intervention.

L'anesthésie est indispensable. L'anesthésie générale est à recommander. On pourrait aussi employer la rachistovainisation.

Quelques règles sont applicables à toutes les méthodes opératoires :

L'opération portant toujours sur des tissus infectés et sclérosés, on cherchera toujours, malgré les soins préparatoires de désinfection indispensables, à éviter de mettre les tissus voisins, le péritoine principalement, en contact avec cette région infectée ou avec l'urine toujours septique ; on fera tout pour obtenir le plus de mobilité possible des tissus qu'il s'agit de suturer, de façon que leur affrontement soit facile et non soumis à des tiraillements des plus fâcheux ; on avivera largement les surfaces qu'il faut rapprocher, pour mettre en contact des parties saignantes.

Les fils qui perforent les parois de la vessie ne tardent pas à s'incruster de dépôts phosphatiques et à provoquer la formation de calculs dont le principal défaut est d'entretenir la cystite : on évitera de placer des fils vésicaux perforants.

Après l'opération, on placera une sonde à demeure qui assurera le drainage de la vessie. Il faudra veiller avec le plus grand soin à ce que cette sonde ne se bouche pas pour que la vessie ne soit jamais mise en tension. Le régime lacté, l'urotropine, le salol seront

utiles avant et après l'opération en abaissant la causticité et la septicité de l'urine. On pourra enlever la sonde à demeure vers le dixième jour, mais on assurera l'évacuation fréquente de la vessie. On fera chaque jour une injection vaginale chaude.

Trois voies s'offrent à l'opérateur pour aborder la fistule : la *voie vaginale*, la *voie ischio-rectale*, la *voie hypogastrique*. Nous allons indiquer les procédés opératoires qui peuvent être mis en œuvre par chacune de ces voies, nous ferons l'exposé de la critique de chacun d'eux, nous les rapprocherons ensuite dans une étude comparative.

I. — VOIE VAGINALE.

La voie vaginale est la voie de choix. Elle n'a pas des indications, mais quelquefois des contre-indications. Ses avantages incontestables sur les autres sont : d'être d'une grande simplicité, de rendre réalisables des opérations déterminant un shock beaucoup moindre que les opérations abdominales, d'exposer moins que les autres aux dangers d'infection, de permettre la surveillance facile des progrès de la cicatrisation, de laisser à l'opérateur la possibilité, en cas d'insuccès partiel, d'intervenir à nouveau très facilement, souvent même sans anesthésie pour cautériser un point non réuni, faire un point de suture, etc. Il est cependant des cas où il faut choisir une autre voie, par exemple après des insuccès répétés par cette voie vaginale, quand elle ne permet pas, à cause de l'étroitesse du vagin ou à cause des adhérences contractées par la vessie et par l'utérus devenus inabaissables, d'aborder une fistule fixe et haut située.

Quelle position faut-il donner à la malade sur la table d'opération ? Le décubitus latéral de Sims est

tombé dans l'oubli. La position génu-pectorale de Boze-man donne beaucoup de jour, mais rend l'anesthésie très difficile et nécessite l'emploi d'une table spéciale. La position appelée par Simon dorso-sacrée paraît la plus simple et la meilleure. Le siège doit être bien relevé, les cuisses et les jambes maintenues en flexion forcée.

Nous n'avons rien à dire de spécial sur l'asepsie du champ opératoire, des instruments, des mains du chirurgien et de ses aides.

Par la voie vaginale, on peut mettre en œuvre, outre la *cautérisation*, les procédés opératoires suivants qui comprennent la plupart des procédés directs et tous les procédés indirects :

A. — Procédés directs par avivement pour la cure des fistules vésico-cervicales sus-vaginales :

1) *Avivement simple et suture après discision bilatérale* (Jobert) ou *unilatérale du col* (Sanger).

B. — Procédés directs par dédoublement pour les fistules sus-vaginales :

2) *Dédoublement vésico-utérin simple* (Champney).

3) *Dédoublement vésico-utérin avec exploration intra-vésicale concomitante* (Follet).

4) *Dédoublement avec fente médiane de la lèvre antérieure du col* (Von Herf).

5) *Dédoublement avec incision du cul-de-sac péritonéal en abaissement du feuillet péritonéal antérieur* (Bardescu).

C. — Procédés directs pour la cure des fistules vésico-cervicales intravaginales :

6) *Sutures séparées du trajet vésico-vaginal et du trajet vagino-cervical.*

7) *Sutures des bords de la fistule au moignon de la lèvre antérieure du col.*

D. — Procédé mixte pour la cure des fistules vésico-cervicales intravaginales :

8) *Suture des bords de la fistule à la lèvre postérieure du col (hystérocléisis vésical).*

E. — Procédé indirect pour la cure des fistules sus-vaginales :

9) *Occlusion du col utérin par suture de ses deux lèvres (hystérocléisis.)*

F. — Procédés indirects pour la cure des fistules vésico-cervicales intravaginales :

10) *Occlusion de la vulve (épisiorrhaphie) ou du vagin (colpocléisis).*

11) *Occlusion de la vulve et du méat urinaire avec création d'une fistule recto-vaginale (Roze).*

CAUTÉRISATION

Nous avons dit que le tissu cervical avait une grande tendance à la cicatrisation. Si toutes les fistules cervicales ne guérissent pas, cela tient à ce que, au niveau de leurs bords amincis, les deux muqueuses vésicale et utérine s'unissent avant que ces bords soient venus en contact : le pourtour de la fistule est cicatrisé. Seules les petites fistules peuvent présenter des guérisons spontanées en unissant leurs bords non cicatrisés. Et cette

idée a inspiré tous les procédés opératoires directs : ils cherchent tous, en effet, à rapprocher par des sutures, les lèvres préalablement avivées de l'orifice fistuleux. Les cautérisations répétées, en s'opposant à la réunion des deux muqueuses sur le bord libre de la fistule, permettent à l'orifice de se fermer peu à peu par un long travail de réparation.

La cautérisation fut longtemps la seule ressource des chirurgiens. Elle a été pratiquée avec les agents les plus divers dont les principaux sont : le thermocautère, le galvanocautère, le nitrate d'argent, l'acide sulfurique.

La procédé de traitement des fistules par les cautérisations a eu d'éloquents défenseurs, tels que Malgaigne, Amabile de Naples qui, sous le nom de « réunion immédiate secondaire » préconisait l'avivement par l'acide sulfurique suivi, après chute de l'eschare, de réunion assurée par des griffes.

Polaillon fit encore, à la Société de chirurgie en 1876, une communication sur la guérison spontanée des fistules vésico-utérines et présenta l'observation suivante :

Observation II (résumée).

(POLAILLON.)

Une femme primipare, 36 ans, ayant un rétrécissement rachitique du bassin, accouche le 14 décembre 1875, après quatre jours de douleurs. L'expulsion de l'enfant est accompagnée de la chute d'un lambeau de tissu assez dur, rouge sombre, de 9 centimètres de long sur 4 centimètres de large. Il s'agit de l'ampu-

tation spontanée de la partie antérieure de l'orifice utérin.

Suites de couches simples : sortie au treizième jour ; la lèvre antérieure du col manque et à sa place on trouve des bourgeons charnus empiétant un peu sur la paroi vaginale antérieure.

Vingt-trois jours après l'accouchement, le 6 janvier 1876, il se produit un écoulement des urines par le vagin. Ces urines font issue de la vessie par un orifice situé au milieu des bourgeons charnus couvrant la plaie due à l'amputation de la lèvre antérieure. C'est une fistule vésico-utérine dont l'apparition si tardive doit être attribuée peut-être à un rapprochement sexuel. Le trajet fistuleux a été cautérisé six fois au thermocautère du 6 janvier au 12 avril. Dans l'intervalle de ces cautérisations ignées, la plaie a souvent été touchée au nitrate d'argent. Les urines sont dérivées au moyen d'une sonde à demeure, elles passent de moins en moins par la fistule. Le 12 avril, il n'y a plus qu'une petite plaie des dimensions d'une pièce de 20 centimes, en forme d'entonnoir au fond duquel il y a un léger suintement, sans orifice visible. La malade sort, complètement guérie, le 19 avril, trois mois et treize jours après l'apparition de la fistule.

La cautérisation peut donc donner des succès et rendre de réels services. Théoriquement, elle devrait suffire à guérir toutes les fistules, mais l'expérience prouve que pour des lésions de dimensions moyennes, il n'est pas possible d'attendre la guérison d'un mode de traitement dont le seul inconvénient est d'être de si longue durée : bientôt, en effet, les tissus profondément modifiés par le contact incessant de l'urine réagissent mal ; malgré tous les soins, les organes génitaux et urinaires sont envahis par l'infection, l'état général devient

mauvais, la malade n'a plus les forces nécessaires pour faire la réparation d'une région si altérée. Il faut intervenir sans tarder dès qu'il s'agit d'une lésion qui ne se comble pas très vite.

Pour les fistules très petites, simples pertuis, ou pour les fistulettes qui persistent après une intervention, la cautérisation peut suffire : il faut la faire avec l'anse de platine du galvanocautère introduite à froid dans toute la longueur du canal, puis portée au rouge. Il est nécessaire de répéter ces cautérisations en laissant au moins huit jours d'intervalle entre chaque. Le nitrate d'argent est un bon auxiliaire de la cautérisation quand l'eschare qu'elle produit est tombée.

A. — PROCÉDÉS DIRECTS PAR AVIVEMENT POUR LA CURE
DES FISTULES VÉSICO-CERVICALES SUS-VAGINALES

*Avivement simple et suture après discision bilatérale
(Jobert) ou unilatérale (Sanger) du col.*

La technique, imaginée et décrite par Jobert de Lamballe, a été peu modifiée après lui. On commence par séparer l'une de l'autre les deux lèvres du col utérin par deux incisions faites à droite et à gauche dans le plan des commissures. Ces incisions remontent aussi haut qu'il le faut pour permettre de voir la fistule en écartant l'une de l'autre les deux lèvres ainsi libérées. Elles peuvent dépasser la zone d'insertion du vagin, on dissèque alors de chaque côté avec précaution, la cloison vésico-utérine. La blessure des uretères est à

craindre à ce moment, il faut s'en rappeler. On relève fortement en haut la lèvre antérieure pour bien exposer la fistule.

Il est possible de procéder ensuite à l'avivement que l'on effectue en retranchant avec des ciseaux les bourgeons qui couvrent les parois du trajet fistuleux. Ce trajet est lui-même avivé au bistouri: on commence par disséquer tout autour une couronne de muqueuse utérine de 1 centimètre à peu près; des limites de cette zone d'avivement le bistouri plonge obliquement de façon à faire saillir sa pointe dans le trajet un peu en avant de l'orifice vésical et sans intéresser la muqueuse vésicale, et fait ainsi tout le tour de sa fistule qui est transformée en un entonnoir, à base utérine dont les parois plus obliques que celles du trajet fistuleux sont aussi, évidemment, plus longues.

Il reste à affronter ces parois avivées. Il faut, pour cela, dans le sens qui correspond au grand axe, le plus souvent transversal, de la fistule, passer des fils chargeant toute l'épaisseur des parois, mais n'entrant pas dans la vessie, traversant la lumière de la fistule à la limite de la muqueuse vésicale, sans l'intéresser, et ayant leurs chefs dans la cavité cervicale. Ces fils sont noués avec soin, en commençant par celui du milieu. Entre ces fils profonds ou de soutènement on peut passer quelques fils plus superficiels pour assurer l'affrontement.

Observation III (résumée).

JOBERT DE LAMBALLE.

Rosalie L... fut reçue à la Clinique d'accouchement le 5 août 1849 à la fin du huitième mois d'une troisième grossesse. La petitesse de sa taille, certaines conformations des membres pelviens rappelant le rachitisme, les difficultés qui avaient signalé les deux premiers accouchements firent craindre une viciation du bassin. La mensuration fut pratiquée : le diamètre antéro-postérieur n'avait que 85 à 86 millimètres, M. le professeur Dubois pratiqua l'accouchement prématuré artificiel. La femme fut quatre jours en travail. Six jours après l'accouchement, le 19 août, elle constata que son urine mouillait constamment son linge et qu'elle ne pouvait plus uriner.

Elle entra à l'Hôtel-Dieu deux mois après le 22 octobre 1849. M. Jobert constata au spéculum que la paroi vaginale antérieure était intacte, que l'urine s'échappait par l'orifice du col utérin, et, relevant la lèvre antérieure de ce col, il aperçut l'orifice communiquant avec la vessie. Un doigt introduit dans la cavité du col pénétra dans la vessie. « Il s'agissait donc là d'une *fistule vésico-utérine*. Il est clair que toute la paroi antérieure du col a été détruite avec la paroi correspondante de la vessie. »

La malade fut opérée le 24 octobre « après avoir subi quelques préparatifs ». Le col fut abaissé, deux incisions faites sur les côtés du col et le vagin détaché latéralement. Le col étant largement ouvert, le trajet parcouru par l'urine fut avivé, un des points de suture en affrontèrent les parois. On plaça une sonde à demeure :

Le 2 novembre, au huitième jour, un fil est enlevé; le 5, on enlève un second fil : les lèvres de la plaie sont parfaitement réunies, il ne sort pas une goutte d'urine par le col utérin, le besoin d'uriner commence à se faire sentir. Le 18, un troisième fil est enlevé.

Les mictions, d'abord très fréquentes, s'espacèrent. Les fonctions de la vessie se rétablirent peu à peu, très rarement il y eut incontinence.

Un mois se passa, marqué par quelques malaises indépendants de l'opération et de l'état urinaire.

Le 21 décembre, un fil fut encore retiré. Le 28 on constata qu'au point où ce fil avait séjourné plus de deux mois il existait une fistulette laissant encore passer les urines. Cette fistulette fut cautérisée au nitrate d'argent du 28 décembre au 20 janvier, six fois. Le 22 janvier, trois mois après l'opération, la guérison est complète.

« Depuis ce moment, sa vessie remplit admirablement ses
« fonctions. L'urine est conservée comme autrefois et expulsée
« par les causes naturelles de la miction. Cette femme a repris
« complètement sa gaieté.

Cette technique ne réussit qu'une seule fois à Jobert. Ce brillant succès ne put être renouvelé et il eut recours dans la suite à l'occlusion du col utérin, procédé indirect. Reprise après lui, elle a donné de rares succès. Elle est passible de plusieurs reproches. Son exécution est des plus difficiles. Il est très malaisé d'éviter de perforer la muqueuse vésicale en passant les fils. L'avivement nécessite une perte de substance considérable, ce qui rend une nouvelle intervention difficile. Cette perte de

substance nécessite un rapprochement forcé des bords de la fistule ; il y a une tension considérable des fils qui peuvent couper les tissus qu'ils traversent, créant de nouvelles fistules et cessant en même temps de tenir en contact les lèvres de la solution de continuité. La libération latérale du vagin est dangereuse à cause des uretères, elle expose à la cellulite pelvienne.

Les fils employés doivent être très résistants : il y a de grandes difficultés à retirer les fils d'argent noués dans le canal cervical. Les fils spontanément résorbables disparaissent trop tôt et manquent de résistance.

Sanger a eu recours à une méthode très voisine, applicable aux fistules latérales et bas situées, cas très rares. Il pratiqua une fois l'avivement d'une fistule de ce genre après discision unilatérale du col poussée jusqu'à l'orifice anormal. Il sutura la plaie ainsi produite et termina par une véritable opération d'Emmet (opération destinée à réparer les déchirures du col utérin produites par l'accouchement, par avivement et suture).

B. — PROCÉDÉS DIRECTS PAR DÉDOUBLEMENT POUR LA CURE DES FISTULES VÉSICO-CERVICALES SUS-VAGINALES

Parallèlement aux progrès faits pour la cure des fistules vésico-vaginales, on opposa bientôt au procédé de Jobert les procédés dits *de dédoublement*. Le principe consiste à fendre transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin, à disséquer par cette large brèche la cloison vésico-utérine ou à traiter par là sa fistule

ainsi dédoublée en ses deux orifices, le supérieur vésical, l'inférieur utérin. Les procédés de dédoublement peuvent se rapporter à trois principaux :

Dédoublement vésico-utérin avec exploration intra-vésicale concomitante.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire, résumée, l'observation que Follet communiqua le 26 mai 1886 à la Société de Chirurgie, où sa technique est exposée :

Observation IV (résumée).

FOLLET (de Lille.)

Le 25 mars 1886, entre à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille Julie..., 40 ans. C'est une femme hypocondriaque. Un charlatan entre les mains de qui elle s'était remise pour être soulagée de vives douleurs internes, avait cru devoir lui cautériser au fer rouge le col de la matrice. Une première cautérisation fut faite dans le cul-de-sac postérieur du vagin : il en résulta des adhérences à cet endroit entre le vagin et le col. Une seconde cautérisation fut faite dans le col même : l'utérus, étant en rétroflexion, le fer rouge poussé brutalement traversa la paroi antérieure au niveau du coude de l'utérus et entra dans la vessie. Huit jours après, la malade constate l'écoulement incessant des urines.

Au spéculum, on voit les urines sortir de l'orifice utérin. Un instrument métallique introduit dans la vessie et un autre dans le col se rencontrent avec choc dans la cavité cervicale. Un hystéromètre permet de mesurer le niveau de l'orifice anormal :

il est à 4 centimètres de l'orifice externe du col. *C'est une fistule vésico-utérine.*

Follet pense à dilater l'urèthre avec le dilateur Dolbeau sous chloroforme, il put ensuite introduire le petit doigt, puis l'index gauche dans la vessie. Il fit mettre dans le vagin une valve de Sims et abaisser au moyen d'ériges le col à la vulve.

« Mon index intra-vésical sentit aussitôt, nettement, l'orifice
« fistuleux, sorte de boutonnière de 15 millimètres de long.
« Je fis une incision semi-circulaire du cul-de-sac vaginal au-
« devant du col et je décollai la vessie de l'utérus avec une très
« grande facilité, ne cessant pas une minute d'apprécier très
« exactement les détails et le progrès de ce décollement avec
« mon index intra-vésical. Bientôt ce doigt pratiquant l'éver-
« sion de la paroi postérieure de la vessie dont il se coiffait, fit
« apparaître à la vulve une paroi, trouée de la boutonnière fis-
« tuleuse à travers les lèvres de laquelle s'apercevait la pulpe
« de mon index.

« Le décollement rendant l'avivement superflu, je procédai à
« ciel ouvert, très posément et commodément, à la fermeture
« hermétique de la fistule par quatre points de suture au cat-
« gut, suture identique à la suture de Lambert, ne pénétrant
« pas dans la cavité vésicale.

« Tout cela fait avec vigoureuse antiseptie, j'enlevai les éri-
« gnes qui tenaient l'utérus abaissé, je laissai l'utérus remonter
« à sa place, bourrai le vagin de gaze iodoformée et retirai le
« doigt de l'urèthre. »

La vessie fut drainée. Aucune complication ne survint. Au douzième jour, on voit au spéculum la plaie du cul-de-sac granuleux et rose. Cette plaie fut complètement cicatrisée au tren-

tième jour et la fistule définitivement close sans qu'une goutte d'urine soit tombée dans le vagin depuis l'opération.

Dédoublement vésico-utérin simple (Champney).

Champney ignorait sans doute la communication de Follet, car il publiait en 1889 comme procédé nouveau un procédé de traitement des fistules vésico-utérines qui ne diffère de celui de Follet qu'en ce qu'il n'indique pas de faire l'exploration intravésicale pour se repérer. Voici comment il faut appliquer cette méthode :

Il est important de bien abaisser le col utérin, et d'exposer de façon parfaite le cul-de-sac vaginal antérieur. On incise ce cul-de-sac en tenant dirigée la pointe du bistouri sur le col utérin. On remonte avec des ciseaux en disséquant toujours sur le col dont il ne faut pas quitter le tissu ferme. On sépare ainsi peu à peu la vessie de l'utérus et on arrive sur la fistule dont le trajet est ainsi divisé en deux parties : l'une vésicale et l'autre utérine. Ces deux orifices seront avivés, chacun de leur côté, et suturés séparément. Il faut mobiliser le plus possible la vessie pour avoir un affrontement facile. Les fils vésicaux ne doivent pas être perforants. On referme ensuite la plaie du cul-de-sac vaginal antérieur et on met une sonde à demeure. Les sutures seront faites au catgut résorbable.

Dédoublement vésico-utérin avec fente médiane de la lèvre antérieure du col utérin (Von Herf).

Von Herf compléta le dédoublement vésico-utérin par une incision médiane de la lèvre antérieure du col uté-

rin dont les deux lambeaux furent écartés, ce qui lui permit de voir et d'aborder facilement la fistule. La technique en est indiquée dans l'observation ci-dessous que nous empruntons à la thèse de Rolland (Lyon, 1905):

Observation V (résumée).

(M. le professeur POLOSSE.)

Rose P..., 40 ans, a eu sept grossesses dont six à terme et quatre ayant nécessité des interventions obstétricales. Le dernier accouchement a été très laborieux, le surlendemain les urines s'écoulaient par le vagin. La cloison vésico-vaginale est intacte, l'orifice fistuleux est trouvé dans la cavité cervicale. Elle est opérée le 4 octobre 1904 par le professeur Polosso n : l'utérus est abaissé, on pratique le dédoublement vésico-utérin jusqu'à la découverte de la fistule,

A ce moment le dédoublement devient très difficile à poursuivre pour arriver jusqu'à la lèvre postérieure de l'orifice : la cloison est si mince, surtout latéralement, qu'on ne sait où faire porter le coup de ciseaux.

« Il s'agit toutefois de voir la lèvre postérieure de la fistule.
« Pour cela on a l'idée de pratiquer l'hémisection de la lèvre
« antérieure du col, de son orifice externe à la fistule qui vient
« d'être reconnue, et dès lors, on aperçoit, en écartant les seg-
« ments droit et gauche, parfaitement, la perte de substance
« vésicale large comme une pièce de 1 franc et par conséquent
« le contour de l'orifice fistuleux, formés par la vessie et l'utérus
« adhérents et amincis. Il n'y a plus qu'à libérer par dédouble-
« ment la lèvre postérieure de la fistule, ce qui est pratiqué
« facilement. Les deux lèvres de l'orifice vésical sont rapprochés

« et suturées en ayant soin de ne passer les fils que dans la sous-
« muqueuse. Ces points de suture sont faits au catgut. On ne fait
« rien du côté de l'utérus mais on répare la fente médiane de
« la lèvre antérieure par deux points de catgut, puis on termine
« par la fermeture même du cul-de-sac vaginal. »

La malade quitte l'hôpital dix-sept jours après, complètement guérie.

Ces trois techniques sont très voisines les unes des autres. Si ingénieuse que soit l'idée de Follet de s'aider de l'exploration intravésicale, nous ne pensons pas qu'on doive y recourir, sauf indications très spéciales. Cette manœuvre a le gros inconvénient de traumatiser l'urèthre et la vessie par une dilatation excessive, elle est peu aseptique et entraîne une incontinence d'urine qui peut être très longue et très rebelle. Elle n'est du reste jamais indispensable si l'utérus peut être abaissé, elle est inefficace s'il est adhérent et inabaissable.

La fente médiane du col de Von Herf peut être utile dans certains cas que nous pensons rares. Elle permet, par exemple, d'exciser rapidement de deux coups de ciseaux le tissu utérin qui entoure la fistule quand il est cicatriciel et paraît peu apte à une facile coaptation.

Dans la grande majorité des cas, le dédoublement simple tel que nous l'avons décrit, imaginé par Champney et peu modifié après lui, doit donner toute satisfaction. C'est le procédé de choix qu'il faut chercher à mettre en œuvre de préférence à tous les autres. L'intervention qu'il entraîne est assez simple, essentiellement bénigne, permettant de voir ce que l'on fait, d'opé-

rer sous le contrôle de la vue. Elle permet d'opposer au passage anormal de l'urine une double rangée de sutures : les tissus préalablement libérés par la dissection du dédoublement n'offriront que peu de résistance à un affrontement parfait, portant sur de larges surfaces d'avivement, sans tiraillement pour les fils chargés de l'assurer. C'est donc une méthode beaucoup plus sûre que l'avivement simple de Jobert.

La technique du dédoublement vésico-utérin offre plus de dangers. La blessure des uretères n'est pas à craindre. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ne descend pas normalement en avant du col utérin, nous l'avons dit. Si la dissection vésico-utérine le remontait exceptionnellement à ce niveau, le doigt le repousserait en haut ; s'il était fixé là après inflammation et adhérences dues au processus pathologique antérieur, les deux feuillets seraient alors soudés et l'infection de la grande cavité péritonéale ne serait plus possible.

Malheureusement l'utérus adhérent de toutes parts, comme la vessie, même à la ceinture osseuse, peut résister à toutes les tentatives d'abaissement : ces deux organes peuvent être tellement modifiés par l'infection que cette excellente méthode est impossible à appliquer. Il faudra avoir recours à d'autres méthodes.

..

*Dédoublement vésico-utérin avec abaissement du
feuillet péritonéal antérieur (Bardescu).*

Nous séparons des trois techniques décrites ci-dessus et si intéressantes la modification apportée par Bar-

descu au procédé du dédoublement : loin de craindre la blessure du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, il fend ce cul-de-sac après dédoublement vésico-utérin poussé au delà de la fistule jusqu'à la rencontre du péritoine. Il détache de la face postérieure de la vessie le feuillet péritonéal antérieur et l'abaisse aussi bas que possible entre la vessie et l'utérus, l'interposant entre ces deux organes, pour renforcer ses sutures, jusqu'au vagin.

Cette façon de faire ne nous paraît pas recommandable. C'est une complication inutile dont l'exécution est extrêmement difficile, et expose à l'infection péritonéale qui est l'écueil à éviter.

C. — PROCÉDÉS DIRECTS POUR LA CURE DES FISTULES VÉSICO-GERVICALES INTRA-VAGINALES

Les fistules vésico-utérines intra-vaginales, qu'elles intéressent l'insertion du vagin au col utérin, ou qu'elles soient situées au-dessous, présentent un trajet spontanément dédoublé en deux parties : l'une vésico-vaginale, l'autre vagino-utérine. Trois procédés sont applicables par la voie vaginale à la cure de ces lésions : deux d'entre eux sont des procédés directs, la troisième est un procédé mixte qui servira d'intermédiaire pour l'étude des procédés indirects.

Activement et sutures séparées des deux parties du trajet fistuleux.

Quand la fistule est haute, siégeant au niveau de l'insertion du vagin, il peut exister au-dessous de la por-

tion vagino-utérine de la fistule une partie absolument saine de tissu cervical, si la fistule est de petites dimensions. Dans ce cas, la conservation de la partie antérieure du col est possible.

On devra suturer d'abord, après avivement, le trajet vésico-vaginal de la fistule (absolument comme pour une fistule vésico-utérine quand le dédoublement a été effectué) par des points au catgut non pénétrants ; puis, dans un second temps, suturer le trajet fistuleux cervical avivé. Il peut être utile pour faire cet avivement du trajet cervical de fendre sur la ligne médiane la lèvre antérieure, d'exciser les parois de la fistule et de rapprocher par des points les deux moitiés de cette lèvre antérieure en un affrontement exact faisant disparaître toute perforation.

On pourrait évidemment s'en tenir là, on fera bien, pour augmenter les chances de succès de l'intervention, de pratiquer avant de faire la suture de la partie vaginale, la dissection et l'excision de toute la muqueuse vaginale correspondant au col utérin, et de même d'aviver du côté vésical toute sa lèvre antérieure du segment vaginal du col, et de suturer les deux surfaces cruentées en regard. La lèvre antérieure représente un lambeau qui vient s'adosser à la cloison vésico-vaginale restaurée et la doubler de toute son épaisseur.

On remarquera combien ce procédé opératoire est identique à celui que nous avons préconisé pour les fistules sus-vaginales. Le dédoublement existe ici spontanément, pour ces fistules il fallait l'obtenir par dissection ; dans l'un et l'autre cas, on a sous les yeux le tra-

jet fistuleux divisé en deux moitiés que l'on traite séparément ; dans les fistules sus-vaginales l'adossement des deux surfaces avoisinant chaque orifice se faisait seul et la dissection faisait l'avivement, dans les fistules intra-vaginales il faut aviver et adosser par des sutures ces mêmes surfaces.

Ce procédé est, au même titre que le procédé dit de dédoublement pour les fistules vésico-utérines, de tous points parfait. On pourrait dire de lui ce que nous avons dit de l'autre. Il n'est malheureusement applicable qu'aux fistules qui n'ont perforé qu'en une petite étendue le col utérin. Celles qui sont plus vastes ou plus bas situées n'en sont pas justiciables.

*Suture des bords de la fistule au moignon de la
lèvre antérieure du col utérin.*

Ce procédé doit être mis en œuvre quand la partie inférieure de la lèvre antérieure du col utérin est détruite. Dans une telle fistule il n'y a plus qu'un trajet qui est vésico-vaginal en avant, vésico-utérin en arrière.

Il faut tâcher de libérer le plus possible les organes en sectionnant les brides et les adhérences, d'assouplir leurs parois et de les mobiliser par tous les moyens possibles, de façon à pouvoir aisément rapprocher le bord antérieur de l'orifice fistuleux de ce qui reste de la lèvre antérieure. On avivera les parties destinées à être en contact, et des points de suture à la soie ou au fil d'argent affronteront exactement la cloison vésico-vaginale formant la paroi antérieure du trajet fistuleux

au moignon de la lèvre antérieure qui forme la paroi postérieure de ce trajet.

Si l'état des tissus le permet, on peut faire le dédoublement comme pour les fistules vésico-vaginales, et séparer dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale les parois de la vessie et les parois vaginales. Ce dédoublement sera aussi étendu que possible pour mobiliser facilement les parois de la vessie. Autour de l'orifice vésical et à 1 centimètre de distance on passe un fil de catgut fin en surjet : ce fil serré, les parois vésicales s'adossent comme les parois d'une bourse en s'invaginant dans la vessie. Par-dessus ce premier plan de suture, on rapproche et on réunit les lambeaux vaginaux avec la lèvre antérieure du col très diminuée par la lésion et par l'avivement.

Ce procédé peut rendre de grands services. Il faut l'appliquer chaque fois que la mobilité des tissus permet d'affronter facilement. Il est d'une exécution malaisée. Son gros inconvénient est d'obliger les tissus à un rapprochement forcé au moyen des fils même de suture, rapprochement destiné à combler la perte de substance du col utérin. Il s'ensuit que les fils sont soumis à une tension plus ou moins forte, toujours fâcheuse et mettant les surfaces en contact dans de mauvaises conditions de réunion. Aussi, quand la perte de substance est considérable, on peut être obligé de renoncer à ce procédé. Il présente sur les suivants un avantage considérable : c'est qu'il laisse les voies génitales dans toute leur intégrité.

D. — PROCÉDÉ MIXTE POUR LA CURE DES FISTULES
VÉSICO-CERVICALES INTRA-VAGINALES

*Suture des bords de la fistule à la lèvre postérieure du
col (histéro-cléisis vésical).*

En cas de destruction complète de la lèvre antérieure du col, c'est à ce procédé qu'il faut avoir recours. Contrairement au précédent, son exécution est très facile. Elle consiste à aviver le bord de la fistule et la lèvre postérieure du col utérin sur sa face postérieure, son extrémité libre et ses bords latéraux. On relève comme un lambeau cette lèvre postérieure, on l'introduit dans l'orifice fistuleux de façon à l'obturer. Elle représente un véritable opercule, une sorte de languette, dont le sommet vient se fixer dans l'angle de la fistule, et dont la circonférence s'adapte aux côtés et à la base de l'ouverture accidentelle. Quelques points de suture maintiennent ce rapprochement.

On conçoit que ce procédé ne soumette à aucun tiraillement la ligne de réunion et que les meilleures conditions sont réalisées pour obtenir une coaptation parfaite.

Le col utérin se trouve ainsi inclus dans la vessie il s'ensuit que la fécondation sera rendue impossible et que le sang des règles ne pouvant s'écouler par le vagin devra sortir par l'urèthre mélangé à l'urine.

Ce procédé réalise donc la suture de la fistule comme les procédés divers, mais entraîne l'obturation des

voies génitales, comme les procédés indirects que nous allons étudier maintenant. Nous en avons vu les indications et les avantages. Il est passible des mêmes reproches que les procédés indirects et nous le comprendrons dans la critique que nous ferons de ces derniers. Nous donnerons avant, l'observation qui nous est personnelle et qui se rattache à cette méthode :

Observation VI (*Personnelle*).

Une femme entre à l'hôpital Pasteur au Havre le 23 septembre 1907, parce qu'elle perd constamment ses urines.

Elle est âgée de 32 ans ; elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires ; aucun signe de rachitisme.

Elle a eu six accouchements : les quatre premiers furent spontanés, le cinquième se termina par une application de forceps. Le sixième eut lieu avant la fin du neuvième mois et remonte à quatre mois : il y eut *rupture précoce des membranes* avant tout début de travail, bientôt après, les douleurs commencèrent et durèrent, faibles mais assez régulières, pendant quarante-huit heures : l'expulsion spontanée d'un enfant mort présentant sur le crâne de volumineuses bosses sanguines se fit alors.

Dès le lendemain, la malade constata qu'elle était mouillée et qu'elle n'urinait plus.

A l'examen, on ne constate pas de rétrécissement du bassin : le promontoire n'est pas accessible. La lèvre antérieure du col utérin manque. L'insertion du vagin sur le col est détruite : à sa place existe une plaie ovale de 20 millimètres de grand diamètre transversale, de 15 millimètres de petit diamètre, em-

piétant sur sa paroi antérieure du vagin. Cette plaie est couverte de bourgeons charnus entre lesquels on voit sourdre l'urine. Les parois vaginales sont très altérées, infiltrées, épaissies, adhérentes.

M. le Dr Lenouëne intervient le 31 octobre : après avoir avivé au bistouri le fond et les bords de cette large plaie, avivement qui en augmente encore les dimensions, il constate qu'il lui est impossible de suturer les bords de la perte de substance : il utilise alors, pour obturer l'orifice anormal, la lèvre postérieure du col qui, avivée, et relevée, vient exactement fermer cet orifice. Des points de sutures à la soie maintiennent le rapprochement. Un surjet à la soie prenant à 1 centimètre de part et d'autre de cette ligne de réunion, la muqueuse vaginale d'une part, la muqueuse de la paroi postérieure du col de l'autre, et les rapprochant sur cette ligne, double cet étage de sutures et les enfouit complètement.

Une sonde à demeure est placée et laissée dix jours.

L'urine ne passe plus par le vagin. La guérison semble complète. Le 16 novembre les menstrues commencent à sortir, mélangées à l'urine par la vessie et durent quatre jours sans autres inconvénients que des douleurs assez vives.

Le 4 décembre, le Dr Lenouëne pratique l'hystérectomie subtotale, pour éviter à sa malade les douleurs, les inconvénients et les dangers pour l'appareil urinaire d'une menstruation aussi anormale, les risques d'infection grave de ses organes génitaux et les fâcheuses conséquences qui en découlent. Les suites de cette seconde intervention sont excellentes.

Mais quelques jours après, on constate qu'il s'écoule encore par le vagin quelques gouttes d'urine.

Un petit pertuis persiste à l'extrémité droite de la ligne

de réunion qui est fermé par un point de suture le 3 janvier.

La malade sort complètement rétablie le 23 février 1908.

Aujourd'hui sa guérison est toujours complète, la malade a recouvré toute sa santé, les mictions sont absolument normales.

E. — PROCÉDÉ INDIRECT POUR LA CURE DES FISTULES VÉSICO-CERVICALES SUS-VAGINALES

Occlusion du col utérin par suture de ses deux lèvres.

Cette méthode appelée hystérocléisis est de toutes celles que nous avons à exposer, la plus simple. Elle consiste à fendre transversalement dans le sens des commissures du col utérin, à écarter les deux lèvres. Sur chacune d'elles on enlève une lame du tissu assez épaisse pour dépasser la profondeur du canal cervical. Il en résulte un avivement parfait : on laisse retomber ces deux lèvres l'une sur l'autre et trois points de suture les tiennent en contact, un médian et deux latéraux.

On obtient la guérison en interrompant toute communication entre l'utérus et le vagin, si bien que la vessie seule a une libre communication avec le canal utérin. Il est évident qu'il existe une interruption entre le vagin et l'utérus et que celui-ci, au contraire, communique avec la vessie dans laquelle le sang de la menstruation se répand chaque mois.

Les fonctions génitales sont en partie détruites : si le coït est encore possible, sa fécondation est empêchée. Il suffit cependant d'un petit orifice persistant à l'opé-

ration et permettant l'introduction d'un stylet pour que la fécondation puisse avoir lieu : Deroubaix, Winckel et Lane en ont cité des exemples. Dans le cas de Deroubaix cité par Hégar et Kaltenbach (1), la femme rapporta qu'elle avait avorté au bout de trois à quatre mois de grossesse, que le fœtus s'était avancé dans la vessie, « l'un de ses bras avait même passé par le canal de « l'urèthre, le fœtus avait cependant fini par être expulsé « par le vagin. » Ces déclarations furent confirmées par le médecin traitant qui avait vérifié le fait. Un an plus tard, il existait au niveau du corps utérin une fistule ovalaire à grand axe transversal de 2 centimètres de diamètre.

Nous ferons en même temps que celle des autres procédés la critique de l'hystérocléisis.

F. — PROCÉDÉS INDIRECTS POUR LA CURE DES FISTULES VÉSICO-CERVICALES INTRA-VAGINALES

Occlusion de la vulve et du vagin.

Pour empêcher l'écoulement de l'urine sans aborder la fistule, Vidal de Cassis imaginait, en 1832, de fermer la vulve et de transformer le vagin en une cavité complémentaire de la vessie. Sa technique était fort simple : elle consistait à suturer les grandes lèvres après avivement. En 1845, Bérard remplaçait la fermeture de la vulve ou par *l'épisiorrhaphie* ou par le *colpocléisis* ou occlusion du vagin.

1. HÉGAR ET KALTENBACH (*Traité de gynécologie opératoire*),

L'épisiorrhaphie est complètement abandonnée, on lui préfère le colpocléisis qui s'effectue de la façon suivante : on pratique sur la face antérieure et, en regard, sur la face postérieure du vagin, l'ablation d'une bande de muqueuse de 2 centimètres de large, aussi haut que possible, c'est-à-dire au-dessous de la fistule. Des fils passant de part et d'autre de cette zone d'avivement circulaire, de la paroi antérieure à la paroi postérieure, puis serrés, en assurent l'affrontement exact. Ces fils ne doivent pénétrer ni dans le rectum, ni dans la vessie.

Cette façon de faire est de tous points supérieure à l'épisiorrhaphie : en diminuant le plus possible la cavité vaginale et, par là, en exposant moins la malade aux complications infectieuses, en assurant une occlusion bien plus parfaite, et moins douloureuse, en laissant possible, dans certains cas, la copulation.

Oblitération rectale du vagin.

C'est le nom donné à une opération proposée par Roze dans les cas de très large perte de substance intéressant le fond de la vessie, le col et l'urèthre. Il n'est plus possible d'établir un sphincter au-dessous de la fistule. Roze commence par créer une fistule recto-vaginale. Cette fistule doit être large, et, pour éviter qu'elle ne se ferme spontanément, il faut suturer sur tout le tour de l'orifice la muqueuse rectale et la muqueuse vaginale. Roze ferme ensuite la vulve et le méat urinaire. Les urines et les règles sortent par l'anus.

On confie ainsi au sphincter anal le soin de conte-

nir les urines et le rectum joue le rôle de réservoir urinaire.

Fritsch a observé deux malades ainsi opérées qui se portaient très bien, rendaient sans en souffrir l'urine par l'anوس et n'étaient jamais mouillées.

Cette opération expose cependant aux plus graves accidents : les gaz et matières fécales passent dans le vagin et la vessie qui deviennent des foyers de décomposition putride. Dans un cas observé à la clinique de Shroeder, ces accidents furent tels que l'on dut rouvrir le vagin.

CRITIQUE DES PROCÉDÉS MIXTE ET INDIRECTS

Tous ces procédés, mixte et indirects, sont passibles des mêmes reproches, aussi avons-nous attendu la fin de leur exposé pour les formuler.

Le principal reproche qui leur est fait, c'est de rendre la femme inapte à la fécondation et d'être des opérations mutilatrices. Si l'excellence de leur méthode était prouvée, ce ne serait pas suffisant pour les faire condamner.

« Les femmes, dit Jobert, se résignent très facilement à ne plus avoir d'enfant quand elles ont été aussi terriblement éprouvées en devenant mères. Être délivrées de cette affreuse infirmité est pour elles le comble de leurs désirs. »

Il suffit de rappeler que les fistules urinaires se produisent le plus souvent chez des femmes à bassin rétréci, ou qui pour une raison quelconque ont des accouche-

ments longs, laborieux, les exposant à tous les accidents qui peuvent suivre les couches difficiles et dystociques. Disons encore que l'infection profonde des organes génito-urinaires qu'entraînent les fistules, a très fâcheusement retenti sur l'utérus et les annexes quand on opère les malades : souvent déjà la dysménorrhée a été remplacée par l'aménorrhée ; l'épaississement des parois utérines, les adhérences qu'elles ont contractées, l'endométrite rendent très problématique la possibilité d'une nouvelle conception, et très précaire l'évolution d'une autre grossesse pour laquelle l'accouchement apparaîtrait toujours, en tous cas, aussi gros de dangers.

Ces raisons nous permettent d'affirmer que les procédés indirects mériteraient plus de faveur qu'on ne leur en accorde, si leur seul défaut était de rendre stérile la femme qu'ils permettraient de guérir.

Ils sont surtout imparfaits en ce qu'ils ne font que supprimer un des inconvénients de la fistule, l'écoulement vulvaire de l'urine et qu'ils laissent la femme exposée aux graves complications infectieuses qui la menacent. Les règles sortant chaque mois de l'utérus à travers un orifice étroit surtout dans l'hystérocléisis pour tomber dans la vessie occasionnent de violentes douleurs, elles déterminent un état congestif de la vessie et favorisent les progrès de l'infection. Les observations sont rares qui citent des opérées ayant vu se faire sans de gros ennuis l'écoulement menstruel par la vessie. Du côté des organes génitaux il se fait bientôt au-dessus du point oblitéré un dépôt considérable de calculs phosphatiques au milieu desquels se décomposent l'urine et

le sang des règles. Il en résulte que l'infection née de ce foyer ne va pas tarder à envahir l'utérus et les annexes et que les graves complications dont nous avons plusieurs fois parlé vont bientôt apparaître.

La chirurgie contemporaine permet d'éviter tous ces accidents de la façon la plus radicale. On peut, en effet, compléter l'occlusion des voies génitales par l'ablation de l'utérus et de ses annexes. Les résultats que donne cette façon de faire sont merveilleux : on ne peut lui objecter d'être mutilatrice puisque déjà les procédés indirects équivalent à la suppression fonctionnelle de ces organes.

Les troubles qui peuvent suivre l'ablation des ovaires seront sans doute peu marqués : on sait, en effet, que les accidents de castration sont à peu près nuls chez les femmes dont les ovaires étaient malades. Or, nous savons que les fistules urinaires s'accompagnent tôt de lésions graves de l'utérus et des annexes ; ces troubles, s'ils apparaissent, sont passagers, on peut y remédier par l'opothérapie ; ils ne constituent pas un obstacle sérieux à la mise en œuvre de la méthode que nous indiquons.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

Les règles sont supprimées. Le flux cataménial ne vient plus chaque mois envahir les voies urinaires et les voies génitales. La principale cause d'infection disparaît en même temps. Les voies urinaires pourront maintenant, grâce à un traitement simple, ne subir aucune altération.

La femme cesse d'être exposée aux complications mé-

tritiques et périmétritiques, salpingiennes et ovariennes, péritonéales, pelviennes qui la menaçaient. Et ainsi tombe le second reproche, le seul sérieux qui était adressé aux procédés indirects.

Les considérations que nous venons d'exposer s'appliquent surtout, dans notre esprit, au procédé dit hystérocléisis vésical que nous avons vu mettre en œuvre avec un plein succès par M. le D^r Le Nouène. Mais nous croyons que tous les procédés indirects que nous avons décrits doivent être suivis d'un complément d'intervention consistant dans l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires.

Nous n'avons pas à faire ici l'exposé de la technique de cette opération complémentaire qui n'a à différer en rien des procédés ordinaires d'hystérectomie subtotale avec salpingectomie et ovariectomie.

Notre pensée n'est pas de préférer la méthode indirecte à la méthode directe. L'étude comparative des deux méthodes montre la supériorité de la seconde. Quand une fistule vésico-utérine peut être fermée directement, sans mutilation, il faut estimer qu'on a atteint le meilleur résultat qu'on pouvait espérer. Ce résultat l'emporte infiniment et à tous points de vue sur ceux de la méthode indirecte. Mais nous savons que dans un certain nombre de cas, l'hystérocléisis, l'hystérocléisis vésical, le colpocléisis, même l'opération de Roze sont les seules ressources du chirurgien. Ce sont toujours des procédés d'exception infiniment inférieurs aux procédés directs. Quand on les a mis en œuvre, nous pensons qu'il est indiqué de compléter l'intervention; dans un

second temps, d'une laparotomie qui enlèvera à la femme des organes devenus complètement inutiles et capables de devenir la cause d'accidents redoutables. Il n'est pas douteux que les risques que l'on fera courir à la malade du fait de cette seconde intervention, sont infiniment moindres que ceux auxquels l'expose la conservation de l'utérus et de ses annexes.

Il nous reste à faire la critique spéciale de chacun des procédés indirects en les rapprochant les uns des autres.

Le plus mauvais de tous est sans contredit celui de Roze. Il est, du reste, absolument exceptionnel que l'on soit obligé d'y avoir recours. Il faudrait avoir essayé en vain tout autre traitement en présence d'une destruction considérable de tissus comprenant le col utérin, tout le fond de la vessie, les uretères ou l'urèthre, pour mettre en œuvre ce procédé. Peut-être une laparotomie qui permettrait de faire l'urétéro-colostomie serait-elle préférable à l'opération de Roze. Le mauvais état général de la malade peut contre-indiquer cette dernière opération : il ne reste plus que l'occlusion rectale de la vulve qui a au moins un avantage : celui d'être d'une exécution facile et rapide. En cas de succès, il y aurait tout intérêt à faire, dans un second temps l'hystérectomie et l'annexectomie.

L'épisiorraphie a été complètement abandonnée, remplacée par l'occlusion du vagin.

Cette opération rend le coït impossible, sauf dans quelques cas, quand l'oblitération a été faite très haut. C'est du reste un gros reproche à faire au colpocléisis. « Ce n'est qu'avec une certaine répugnance, dit Pozzi.

« que les femmes consentent à se laisser oblitérer le « vagin. Il est arrivé qu'après y avoir consenti, elles ont « demandé à revenir à leur infirmité. » Il est tout à fait exceptionnel que nos méthodes actuelles de traitement des fistules vésico-utérines même compliquées ne suffisent pas, et qu'on soit obligé de recourir à ce procédé. Il peut donner cependant une guérison définitive s'il est complété de la seconde intervention que nous avons indiquée.

L'hystérocléisis, fermeture du canal cervical, procédé s'appliquant à la cure des fistules vésico-utérines sus-vaginales, n'a qu'un argument à plaider en sa faveur : c'est l'extrême facilité de sa technique. Faire l'hystérectomie subtotal, et obturer la cavité du col que l'opération laisse en place, c'est assurer une guérison complète, définitive et facile.

Ces avantages ne suffisent pas à la faire recommander : il faut toujours lui préférer les procédés directs.

L'hystérocléisis vésical, inclusion dans la vessie du col utérin, est, malgré le pénible sacrifice qu'il oblige à faire des fonctions utérines, un excellent procédé, que tous les auteurs depuis Jobert qui, le premier, le mit en œuvre, préconisent pour la cure des fistules vésico-utérines qui s'accompagnent de la destruction de la lèvre antérieure du museau de tanche. Nous n'avons vu aucun d'eux recommander, bien que tous constatent ses inconvénients et les complications auxquelles il expose, la seconde intervention que nous avons vu faire pour supprimer radicalement ces inconvénients et les risques de ces complications.

II. — VOIE ISCHIO-RECTALE

Michaux, au VI^e Congrès de chirurgie, préconisa d'aborder les fistules génito-urinaires haut situées en passant par la fosse ischio-rectale. Sa communication concerne un cas de fistule juxta-cervicale observée par lui chez une femme qui depuis un an était atteinte de cette lésion. Les parois vaginales étaient tellement modifiées et adhérentes entre elles qu'il fut impossible par le vagin de traiter la communication anormale. Michaux imagina la technique opératoire suivante :

La malade fut couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies. Il fit du côté droit, parallèlement au raphi périnéal, à égale distance de l'ischion et de l'anus, une incision commençant en arrière, au niveau de l'anus et se prolongeant, en avant, jusqu'au point de croisement de la branche ischio-pubienne et de la grande lèvre.

Cette incision le conduisit dans la fosse ischio-rectale, dont la graisse décollée du vagin fut écartée du côté de l'ischion. Il arriva ainsi facilement à la partie

supérieure de la face latérale du vagin sur laquelle il fit une incision de 4 à 5 centimètres, après avoir dissocié les fibres du releveur de l'anus. Cette incision pourrait être continuée sans inconvénient jusqu'à la vulve. A travers les lèvres, écartées, de cette incision, il put facilement aviver et suturer la fistule. L'incision vaginale fut fermée par un surjet de soie, un tampon iodoformé mis dans le vagin, une mèche de gaze dans la fosse ischio-rectale. Des crins de Florence fermèrent l'incision cutanée.

Cette première opération ne suffit pas à guérir la fistule, mais la facilité de son exécution méritait d'être signalée.

Cette méthode opératoire pourrait être appliquée à la cure des fistules vésico-utérines intra-vaginales, dans les cas où elles sont inabordables par le vagin. Ces cas sont tout à fait exceptionnels, comme il est exceptionnel qu'une malade soit traitée un an après le début de sa lésion. Quand l'opération est faite à temps, il est facile d'assouplir les parois vaginales par un traitement approprié, modificateur et dilatateur.

Ses avantages sont d'être d'une grande facilité et de donner beaucoup de jour, de déterminer moins de *schok* qu'une opération abdominale, et de présenter moins de dangers pour le péritoine. Malheureusement, elle serait difficilement applicable au traitement des fistules sus-vaginales, et expose les malades à une grave complication : l'infection de la fosse ischio-rectale et la cellulite pelvienne.

III. — VOIE HYPOGASTRIQUE

Nous avons dit que la voie vaginale était la voie de choix. Ses contre-indications, très rares, sont les suivantes :

Les rétrécissements du vagin qui ne cèdent pas à la dilatation. — Ces rétrécissements existent chez des femmes dont une cicatrisation très vaste a plus ou moins complètement oblitéré le vagin. Chaput a proposé des débridements au bistouri. Ces débridements sont dangereux : en effet, sous ces adhérences se dissimulent, déviés, tirillés, fixés en position anormale, le rectum, l'urèthre, les uretères, cachés par une couche fibreuse d'épaisseur très variable.

Les adhérences qui rendent la vessie et l'utérus inabaisables. — Très souvent, la patience de l'opérateur triomphera de difficultés d'abaissement qui paraissaient insurmontables. Mais la vessie et l'utérus peuvent dans certains cas contracter avec la ceinture osseuse des adhérences qui les fixent dans une position très élevée et immuable.

Les échecs répétés par la voie vaginale. — Après plusieurs insuccès, il est logique de conclure à l'insuffisance de la voie vaginale. De plus, ces diverses tentatives ont modifié les tissus : une nouvelle intervention doit se faire en plein tissu de cicatrice. Mieux vaut chercher une autre voie.

La voie hypogastrique ou sus-pubienne fut préconisée pour la première fois en 1889 par Trendelenburg pour la cure des fistules génito-urinaires. Deux autres procédés, empruntant la même voie, furent ensuite indiqués, l'un en 1891 par Bardenhauer, l'autre par Dittel en 1893. Voici l'exposé de ces trois méthodes opératoires :

OPÉRATION DE TRENDELENBURG

(Transvésicale.)

Dans ce procédé, on atteint la fistule en traversant la vessie.

En plus des soins pré-opératoires habituels, il est indispensable, avant d'intervenir, de désinfecter très soigneusement la vessie par des grands lavages antiseptiques répétés chaque jour, aussi longtemps qu'il le faut.

Pour opérer, la position imaginée par Trendelenburg pour cette opération rend les plus grands services.

Le fondateur de la méthode faisait une incision transversale de l'abdomen au-dessus du pubis. Baumann, Mac Gill, Bardenhauer font de même. Pousson et Ra-

fin incisent longitudinalement. L'incision transversale donne plus de jour, mais elle retarde la cicatrisation à cause du tiraillement des lèvres de la plaie sous l'influence des contractions des parois abdominales et elle prédispose, plus que la première, à l'éventration.

Pour reconnaître la vessie avant d'inciser et pour l'inciser avec plus de sûreté, il est commode de la soulever avec un ballon de Petersen placé dans le vagin ou avec le doigt d'un aide.

Il faut refouler avec soin en haut le cul-de-sac séreux prévésical pour ne pas l'ouvrir.

On ponctionne la vessie sur le milieu de sa face antérieure et on agrandit largement l'incision en haut et en bas, puis on place à la partie supérieure et inférieure de la plaie vésicale des valves qui écartent fortement.

Il est fort utile de disposer d'une lampe électrique. Un aide, le doigt introduit dans le vagin, portera le bas-fond de la vessie au-devant de l'opérateur.

Pour aviver les bords de la fistule, on se sert de petits bistouris à longs manches coudés sur le plat en coupant sur le champ.

L'avivement simple peut suffire. Si le dédoublement est possible, il offre plus de garanties parce qu'il permet deux plans de sutures : l'un vaginal ou utérin, l'autre vésical au catgut fin.

La plaie vésicale antérieure est refermée par des points de catgut non perforants, passés dans la musculuse seule, en dehors de la couche muqueuse.

On fera bien, comme le conseille le professeur Pozzi, de drainer la cavité de Retzius à l'aide d'un petit drain

ou d'une petite mèche de gaze qu'on enlève au bout de quarante-huit heures.

On ferme la paroi abdominale par les procédés ordinaires et on met une sonde à demeure et quelquefois un drain hypogastrique dans la vessie.

Trendelenburg opéra par sa méthode trois malades. Ses deux premières interventions faites pour fistules vésico-vaginales furent malheureuses. La troisième guérit une fistule vésico-utéro-vaginale, traitant seulement la perforation vésico vaginale sans toucher au col utérin. Nous donnons ci-dessous cette observation :

Observation VII

(TRENDELENBURG.)

Femme de 44 ans d'origine polonaise envoyée, par le Dr Zumwickel, entre dans le service, pour incontinence d'urine, survenue après un accouchement remontant à une quinzaine d'années.

L'enfant (le cinquième) avait dû être extrait au forceps.

Au toucher vaginal. Sur la paroi antérieure du vagin, à droite de la ligne médiane on sent une perte de substance, dont le grand axe est dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière.

La longueur de cette perte de substance est celle d'un noyau de prune, et permet l'introduction de la pulpe de l'index dans la vessie.

La moitié droite du col manque, et le reste est profondément situé, si bien qu'il est impossible d'introduire une sonde dans le canal cervical, comme il est impossible également, par suite

d'adhérences inflammatoires, d'abaisser l'utérus et d'amener en bas la partie supérieure de la fistule.

2 juillet 1881. — *Intervention par voie vésicale.* Anesthésie au chloroforme, sans incident. Le bassin est mis en position élevée. Une incision de 10 centimètres est faite transversalement en suivant le bord supérieur de la symphyse.

Les muscles droits sont désinsérés, on ouvre l'espace prévéscical, et on introduit un cathéter dans la vessie au-dessous du cul-de-sac péritonéal. La lèvre supérieure de la plaie vésicale est fixée à la lèvre correspondante de la plaie cutanée par quelques fils, qui, alourdis par des pinces, écartent le bord de la plaie en bas et latéralement. On voit alors entre les deux uretères, plus près du droit que du gauche, la fistule vésicale. A la partie supérieure, les bords de la fistule sont intimement unis au col. On peut introduire une sonde utérine qui se dirige en haut et à gauche.

Les bords de la fistule sont avivés en enlevant une bande de muqueuse vésicale et cervicale. Cette bandelette de muqueuse vésicale a comme largeur 1 centimètre à gauche, à droite 5 ou 6 millimètres seulement à cause de l'uretère. Six points au crin de Florence sont placés sur la fistule avivée. Mais une difficulté se présente ici. Les orifices urétéraux sont presque confondus avec la plaie vésicale. Pour les éviter on introduit, au préalable, une sonde dans chaque uretère. La consolidation des nœuds est aussi facile à faire que pour toute autre suture cutanée.

On enlève les sutures provisoires de la partie antérieure de la vessie et on réunit la plaie vésicale par des points simples et une petite suture de Lambert. On laisse au milieu une petite ouverture, par laquelle on introduit un drain vésical en forme

de T. On lave la vessie au sublimé à 1/5.000. On suture la peau en ménageant une ouverture pour le drain.

La malade est couchée dans le décubitus latéral.

Suites opératoires : La température la plus élevée est 38°4. L'urine est un peu trouble. Dix-huit jours après l'opération, on enlève le drain vésical.

Trois semaines après, il ne s'écoule plus d'urine par la fistule et l'urine peut être retenue une demi-heure.

Quatre semaines après, la malade retient ses urines pendant une heure. Au bout de sept semaines, la plaie hypogastrique est cicatrisée et les urines peuvent être retenues pendant deux ou trois heures.

Après qu'elle a quitté la clinique, la malade souffre beaucoup : M. le Dr Zunwickel lui dilate l'urèthre et fait l'extraction de quelques concrétions qui s'étaient disposées sur les nœuds vésicaux. Cette suture a toujours bien tenu et la continence est parfaite.

Comme pour les autres procédés, nous ferons remarquer de suite les avantages et les inconvénients de cette méthode.

Ses indications sont celles que nous avons données pour les opérations par voie haute. Elle a sur toutes les autres opérations l'avantage de débarrasser de façon complète la vessie des calculs et de toutes les concrétions phosphatiques qui en couvrent le fond, dans ces cas de fistules toujours compliquées de cystite. Ces concrétions entretiennent l'infection de la vessie, et l'expulsion en est difficile. L'opérateur peut vérifier la

cavité de la vessie et en assurer le drainage parfait au moyen d'un drain hypogastrique.

C'est là la seule supériorité certaine de l'opération transvésicale. Elle est d'une exécution difficile, expose beaucoup le péritoine à des blessures et à l'infection, oblige à opérer à une grande profondeur, donne peu de jour ; le placement des sutures est très difficile : sa suture en deux étages, après dédoublement, n'a été que rarement praticable. Son plus grave inconvénient est d'obliger la mise en place de fils perforants noués dans la vessie. On emploie, il est vrai, des fils résorbables, mais ces fils n'en sont pas moins une amorce pour le dépôt des sels urinaires, et ce noyau une fois formé ne cessera de grossir. La disparition des fils perforants expose beaucoup, par l'infiltration capillaire de l'urine infectée, à la persistance de fistulettes.

OPÉRATION DE BARDENHAUER

Bardenhauer appliqua sa méthode une seule fois et n'eut pas d'imitateur. Il incisa la paroi abdominale et arriva sur sa face antérieure de la vessie, qu'il n'ouvrit pas. Il put décoller la séreuse péritonéale de toute part, en avant, au sommet, en arrière de la vessie. Il pratiqua ensuite le dédoublement vésico-utérin en sectionnant toutes les adhérences, toutes les fibres qui naissaient, de la vessie et l'utérus. La vessie se trouva ainsi divisée en deux trajets qu'il sutura séparément.

Cette méthode est très difficile. Autour d'une vessie anciennement infectée, il est parfois impossible de décol-

ler le péritoine qui a participé à l'inflammation. Elle donne une voie d'accès détournée, profonde, bridée latéralement. Plus que toute autre, elle expose aux dangers d'infecter le petit bassin.

OPÉRATION DE DITTEL

Cette opération pratiquée en 1893 consista à ouvrir l'abdomen, à traverser délibérément le péritoine, à inciser son cul-de-sac vésico-utérin pour atteindre la fistule. Dittel échoua, et la méthode tomba dans l'oubli jusqu'en 1906. Forgue préconisa à cette époque un procédé identique et fit paraître l'observation suivante où sa technique est exposée :

Observation VIII (résumée).

ÉMILE FORGUE

Il s'agit d'un femme de 45 ans, qui a eu dix accouchements dont le dernier remonte à cinq mois. Cet accouchement fut très laborieux, se termina par une application de forceps, et dès le lendemain, la malade constata que ses urines coulaient constamment par le vagin.

On diagnostiqua à l'examen une fistule *vésico-utéro-vaginale*. Toute la lèvre antérieure du col était détruite. Le vagin très rétracté, rempli de brides cicatricielles, l'utérus inabaissable, ne permettaient pas d'atteindre facilement la fistule. On décida d'intervenir par voie abdominale.

Cette opération présente des difficultés beaucoup plus grandes qu'une hystérectomie. La vessie rapetissée par la cystite

chronique est adhérente de toute part, le clivage vésico-utérin est difficile.

La paroi abdominale incisée dans la position de Trendelenburg, le fond de l'utérus est saisi par une pince et fortement attiré en haut. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin est ensuite fendu transversalement. On libère à coups de ciseaux les brides scléreuses unissant la vessie à l'isthme et au col utérin.

Deux pinces tirent en avant le plan vésical de clivage et une pince porte en arrière et en haut le fond de l'utérus.

Avant de pousser plus avant le dédoublement vésico-utérin, une digue de compresses est mise avec grand soin en avant des intestins pour prévenir le péril d'une effusion d'urine dans la cavité péritonéale. On continue de séparer la vessie de l'utérus, et bientôt apparaissent sur le plan vésical ou sur le plan utéro-vaginal les deux orifices de la fistule. Quant à ce dédoublement très large, on peut aisément, sous le contrôle facile de la vue, faire sur chacun de ces deux orifices, un double étage de sutures au catgut : le premier étage constitué par des points unissants qui, du côté de la vessie, sont sous-muqueux et non perforants et le second étage formé de pointes à la Lambert pour enfouir le premier.

Le péritoine vésico-utérin est fermé au catgut fin, et la paroi abdominale est suturée. Une sonde vésicale est mise à demeure.

Les suites opératoires furent pendant quatre jours excellentes.

Le cinquième jour, la sonde n'est plus tolérée, une poussée de cystite aiguë se produit. On enlève la sonde, et, pendant trois jours on la remet toutes les trois heures pour assurer l'évacuation de l'urine.

Au huitième jour, la malade est mouillée : l'urine coule par le vagin. Cet écoulement augmente encore en quantité les jours

suivants. Cependant la vessie peut conserver une partie de son contenu : elle est plus continente dans la position couchée que debout. Au total, l'opération a réduit beaucoup l'issue anormale des urines, mais la guérison n'est pas obtenue : c'est un insuccès.

L'auteur fait, du reste, appel de cet échec. Il l'attribue à la préparation insuffisante de la malade dont la vessie n'avait pas été complètement désinfectée et qui n'a pu supporter un séjour assez prolongé d'une sonde à demeure. Il accuse aussi les sutures au catgut trop vite résorbé : il recommande d'appuyer un premier plan de sutures faites au catgut, d'un second plan fait à la soie. Il conseille enfin de faire prendre à la malade après l'opération la décubitus latéral ou ventral. Forgue rappelle que la technique de Trendelenburg a eue deux échecs, et ne réussit qu'à une troisième tentative.

La méthode du traitement des fistules vésico-utérines par la voie transpéritonéale est très intéressante. Elle est passible d'une grosse objection : celle d'exposer le péritoine à l'infection en le mettant en contact malgré toutes ces précautions prises avec des organes profondément envahis par des germes de toutes sortes. Elle est avantageuse en ce qu'elle permet d'aborder très largement la lésion, que le dédoublement poussé plus loin que la fistule, s'il le faut, donne au tissu une grande mobilité et toute facilité pour être rapprochés sans tiraillements. La suture ainsi faite en deux plans de deux étages chacun offre des garanties de succès incomparables.

*
* *

ÉTUDE RÉSUMÉE DE L'ENSEMBLE DU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES

Les observations de fistules vésico-utérines sont si peu nombreuses qu'il est impossible d'établir une statistique et de baser sur les chiffres la valeur comparée des nombreuses méthodes opératoires dont nous avons fait l'exposé. La lésion qu'il s'agit de traiter est du reste si variable dans ses manifestations, que le traitement doit s'inspirer des caractères même de ces lésions et tenir compte de son siège, de ses dimensions, des adhérences contractées, de ses complications médiate ou immédiates, voisines ou distantes, de l'état général de la malade, de son âge, etc. Toutes ces considérations devront intervenir dans le choix que le chirurgien aura à faire entre toutes les techniques opératoires que nous avons indiquées. Il se pourra même qu'au cours de l'intervention des difficultés imprévues l'obligent à modifier le plan qu'il s'était tracé, ou, qu'après un insuccès ou un succès partiel dû à une première opération il intervienne à nouveau par un autre procédé.

Le chirurgien devra toujours chercher à obtenir le dédoublement large du trajet fistuleux pour suturer séparément les deux orifices vésical et utérin ou vagino-utérin. Il évitera d'inciser le péritoine. Il ne devra recourir aux procédés indirects que s'il lui est impossible de mettre en œuvre les méthodes directes.

Nous conseillons enfin, s'il a dû faire l'obturation des voies génitales, de pratiquer dans un second temps l'ablation de l'utérus et des annexes pour mettre la femme à l'abri des redoutables complications auxquelles l'exposent l'infection inévitable de ces organes et l'écoulement cataménial mensuel.

Nous inspirant de ces idées, nous pensons qu'il faut condamner définitivement l'oblitération rectale du vagin de Roze, qu'il faut, en tous cas, tout tenter avant d'y avoir recours. Le colpocléisis sera pratiqué en cas de perte de substance vaginale et utérine considérable. L'hystérocléisis vésical sera souvent la seule manière de guérir une fistule vésico-utéro-vaginale s'accompagnant de la destruction totale de la lèvre antérieure du col, on devra lui préférer, quand elle sera praticable, la suture directe des bords de la fistule, dédoublée s'il est possible. L'hystérocléisis simple, malgré sa facilité, est à abandonner ; il faut lui préférer les procédés directs.

Dans la grande majorité des cas, la méthode directe du dédoublement par voie vaginale (méthode de Champney) pourra, grâce surtout à un traitement préparatoire suffisant, être mise en œuvre. Elle donnera toute satisfaction et assurera une guérison complète. Cette opé-

ration sera, s'il le faut, complétée par la fente médiane de la lèvre antérieure, comme l'a fait Von Herf.

Si la voie vaginale est impraticable, si surtout il est impossible d'abaisser la fistule, nous conseillons, pour les fistules siégeant au niveau de l'insertion du vagin sur le col, d'emprunter la voie ischio-rectale conseillée par Michaux. Pour les fistules situées plus haut, il vaudrait mieux recourir à la voie hypogastrique. Nous déconseillons l'opération de Bardenhauer comme étant d'une exécution trop difficile. Restent l'opération transvésicale et l'opération transpéritonéale. On peut préférer la première si la vessie est très infectée et a des calculs. Dans le cas contraire, l'opération de Dittel, malgré l'incision du péritoine qu'elle nécessite, offre de grands avantages, surtout en ce qu'elle permet de voir très bien et d'effectuer un large dédoublement : elle mériterait sans doute d'être plus souvent pratiquée.

CHAPITRE IV

Prophylaxie

Nous avons vu que la plupart des fistules vésico-utérines sont d'origine puerpérale. C'est au cours d'accouchement laborieux que se produit le travail de mortification qui entraîne la production des fistules. Les mêmes causes et le même mécanisme président à la pathogénie de toutes les variétés de fistules génito-urinaires et même de toutes les autres communications anormales du canal utéro-vagino-vulvaire avec les cavités voisines : nous nous efforcerons de discerner parmi ces causes celles qui plus particulièrement exposent l'utérus au processus mortifiant qui peut donner naissance à une fistule vésico-utérine.

Nous ne nous occuperons pas ici des fistules dues à des blessures des tissus maternels par des instruments employés au cours d'accouchements dystociques : perforateurs, forceps, basiotribes, ces fistules sont traumatiques, accidentelles, par conséquent évitables. Celles qui nous intéressent ici sont les fistules obstétricales

spontanées, que la science et l'habileté de l'accoucheur peuvent prévoir et éviter.

La dystocie qui met obstacle à la terminaison rapide de l'accouchement peut être fœtale.

Les présentations vicieuses devront être diagnostiquées tôt, et corrigées, pendant la grossesse, par version par manœuvres externes. Au cours de l'accouchement, la version par manœuvres internes transformera une présentation transversale, et, s'il le faut, une présentation de la face ou du front, au détroit supérieur. Souvent ces deux dernières présentations pourront être corrigées avant l'engagement par flexion forcée de la tête. Dans l'excavation ou à la vulve, elles nécessiteront une application de forceps, peut-être l'emploi du basiotribe.

L'excès de volume du fœtus, total ou partiel (hydrocéphalie, exceptionnellement, tumeurs), est souvent d'un diagnostic difficile. Nous avons dit que la mortification du col utérin ne pouvait se faire que quand la partie fœtale contondante était engagée, et cela nous dispense de nous occuper des dystocies qui s'opposent à l'engagement du fœtus : le palper mensurateur montrera une partie fœtale débordant la symphyse pubienne, et l'extension sera faite, selon les cas, par craniotomie, par césarienne ou symphyséotomie.

Dans l'excavation, le forceps et quelquefois le basiotribe, l'incision du rachis de Von Huevel en cas d'hydrocéphalie avec tête dernière, aideront à la terminaison rapide de l'accouchement.

L'existence de jumeaux adhérents constitue une dys-

tocie absolument exceptionnelle qui autorise l'embryotomie.

Les dystocies maternelles sont nombreuses :

L'inertie utérine sera combattue par des moyens médicaux. Le forceps aidera à l'expulsion.

La résistance anormale des membranes peut empêcher leur rupture spontanée quand la dilatation est complète. On les déchire avec l'ongle ou un perce-membranes.

Les fistules vésico-utérines ont tout spécialement leurs causes, au milieu de toutes ces dystocies qui déterminent indistinctement la production de toutes les variétés de fistules urinaires, dans toutes les circonstances qui empêchent la dilatation facile et rapide du col utérin. Ce sont ces circonstances, en effet, qui obligent la tête à abaisser ce col dont elle ne peut franchir l'orifice externe, et à le maintenir en contact avec l'arcade pubienne tant que la dilatation n'est pas effectuée. C'est donc dans ces cas que l'utérus sera contusionné et que la fistule vésico-utérine aura chance de se produire, favorisée par l'amincissement et l'allongement des parois du col.

La rupture précoce des membranes, en supprimant le merveilleux agent de dilatation qu'est la poche des eaux qui vient à chaque contraction s'insinuer dans la cavité du col, rend cette dilatation très longue et très difficile (obs. I et VI).

Le cancer, l'hypertrophie, l'oblitération, la rigidité de cause anatomique, spasmodique ou cicatricielle,

l'œdème, les déviations, sont d'autres causes de non-dilatabilité du col.

La dilatation du col peut être facilitée ou complétée par l'emploi des instruments spéciaux, dilatateurs, ballons, ou par la manœuvre appelée dilatation bimanuelle. Si ces ressources étaient insuffisantes, des incisions petites et multiples pourraient rendre les plus grands services.

Des mouchetures seront faites sur un col œdématié avant de le dilater. En cas de cancer envahissant tout le col, il faudra ou interrompre une grossesse au début ou intervenir par voie abdominale pour extraire le produit de conception. La césarienne sera toujours la suprême ressource de l'accoucheur en présence d'un défaut de dilatabilité du col qui ne cède pas avec les moyens ordinaires. Les grands bains, les sédatifs suffiront dans les cas d'origine nerveuse. L'antéro ou la rétrodéviations seront facilement corrigées à la main.

L'étroitesse du vagin et de la vulve, congénitales (atrésie, cloisonnements, malformations) ou acquises (adhérences, cicatrices, etc.) doivent être traitées avant l'accouchement par dilatation ou incisions. Au moment de l'accouchement on aura comme ressources, selon les cas, le forceps, l'opération césarienne, la basiotripsie, les incisions libératrices.

Toutes les viciations pelviennes dont nous ne ferons pas l'énumération exposent aux fistules urinaires surtout quand il s'agit de rétrécissement dans le sens antéro-postérieur. L'accouchement prématuré artificiel qui se propose de faire franchir à la tête fœtale la filière pel-

vienne à une époque où elle n'a pas acquis ses dimensions définitives est de plus en plus condamné par les auteurs. La bénignité de l'opération césarienne doit la faire préférer, sauf de rares exceptions, à l'interruption de la grossesse. La symphyséotomie sera pratiquée dans certains cas avec succès. Le plus souvent l'accouchement se termine avec le forceps.

Une règle est applicable à tous les cas. Quelle que soit la cause de la longueur de l'expulsion, il faut terminer l'accouchement quand depuis deux heures ou trois heures au plus la dilatation du col est complète et que la partie fœtale engagée n'avance pas. Attendre, c'est exposer la mère à la contusion et à la destruction de ses parois utérines ou vaginales. Les tissus maternels souffrent plus en effet d'une pression prolongée que d'une pression violente mais courte, et la règle ci-dessus ne doit pas manquer d'être appliquée, même en cas de bassin large. Il est une autre indication formelle à la terminaison rapide de l'accouchement (en vue de la prophylaxie seule des fistules urinaires, évidemment), c'est l'infiltration œdémateuse de la vulve, du périnée et du col utérin, symptomatique de compression.

Nous résumerons cet exposé en disant que le traitement préventif de toute irrégularité de la grossesse, diagnostiquée aussitôt que possible grâce à des examens méthodiques et répétés de toute femme enceinte, et que le traitement radical et opportun, au cours de l'accouchement, des dystocies qui exposent la parturiente à la

redoutable complication d'une fistule vésico-utérine, sont aujourd'hui assez perfectionnés, assez puissants pour permettre, quand il est possible de les mettre en œuvre, d'éviter la production de ce grave accident, dans la grande majorité des cas.

CONCLUSIONS

I. — Les fistules *vésico-utérines* intéressent toujours le col seul de l'utérus. Elles sont *sus-vaginales* ou *intra-vaginales* selon qu'elles sont situées au-dessus ou au-dessous de l'insertion du vagin sur le col. Les fistules vésico-cervicales intra-vaginales sont aussi appelées *vésico-utéro-vaginales*.

II. — Elles constituent une affection grave, s'accompagnant d'un symptôme extrêmement pénible, l'écoulement vulvaire involontaire des urines, et déterminant à la longue de terribles complications de cause infectieuse sur l'appareil urinaire et les organes génitaux.

III. — Le traitement est chirurgical. Les cautérisations peuvent suffire cependant pour guérir une petite fistule, ou pour achever une guérison qu'une intervention n'a pas obtenue complète.

IV. — Deux méthodes opératoires sont en présence : l'une, méthode de choix, *directe*, ferme la fistule. Pour

cela, elle rapproche par sutures les parois du trajet anormal, après en avoir fait l'*avivement simple*, ou mieux, après en avoir effectué le *dédoublement* en deux parties vésicale et utérine, qui peuvent être avivées et suturées séparément ; l'autre, méthode d'exception, *indirecte*, se contente de fermer les voies génitales au-dessous de la fistule pour empêcher l'écoulement de l'urine.

V. — Trois voies peuvent être utilisées pour atteindre la fistule : la *voie vaginale*, la *voie ischio-rectale*, la *voie hypogastrique*. Les deux dernières ne doivent être employées que lorsque la voie vaginale est impraticable.

VI. — Aucun des multiples procédés qui relèvent de ces deux méthodes ne peut être systématiquement préféré aux autres. Chacun d'eux est susceptible d'être mis en œuvre : son choix est déterminé par les difficultés spéciales à chaque cas, par les indications tirées du siège de la fistule, de ses dimensions, de ses complications, etc.

L'idéal est de traiter, par voie vaginale, la fistule par dédoublement, avivement et suture.

VII. — Quand on a dû recourir à l'un des procédés indirects qui obligent à faire le sacrifice des fonctions génitales, d'ailleurs très compromises, de la malade, on peut la mettre à l'abri des complications qui la menacent en pratiquant dans une seconde intervention l'*hys-*

térectomie et l'*annexectomie* : ainsi seront évités de redoutables accidents métritiques, périmétritiques, salpingés, péritonéaux, et l'infection de l'appareil urinaire que le flux cataménial passant dans la vessie favorise et entretient.

VIII. — Dans la grande majorité des cas, les fistules vésico-utérines sont d'origine puerpérale, dues à des accouchements dystociques. L'accoucheur peut, le plus souvent, éviter la formation de ces fistules en établissant un traitement préventif de la dystocie, quand cela est possible, ou en intervenant pour terminer rapidement un accouchement dont la longueur crée des dangers pour les tissus maternels.

Vu : le Président de thèse,

SECONDE

Vu par le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD



BIBLIOGRAPHIE

BARDENHAUER. — Ueber Blasenscheiden fistel operationem.
Wolkmann's Samuel Klin. Vortr., 1890, n° 355.

N. BARDESCU. — *Centr. f. gyn.*, 1900, p. 170.

CHAPNEYS. — *Obst. Soc. of London*, 3 oct. 1888.

CHAPUT. — *Société obstétricale et gynécol.* Paris, 1893.

CHOPART. — *Traité des maladies des voies urinaires.* Paris, 1821.

DITTEL. — Abdominale blasenscheiden fistel operationem.
Wien. Klin. Woch., 1893, p. 449.

FOLLET. — *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*,
26 mai 1886.

EMILE FORGUE. — *Revue gyn. et chirurgie abdom.*, 30 juin 1906,
p. 503.

HÉGAR ET KALTENBACH. — *Traité de gynécologie opératoire.*

HOFMEYER. — *Manuel de gynécologie.* Trad. franç.

JOBERT (DE LAMBALLE). — *Traité des fistules vésico-utérines et
vésico-utéro-vaginales*, 1852.

M^{me} LACHAPELLE. — *Pratique de l'Art des accouchements.*
Paris, 1821.

MAZE. — *Méthode du dédoublement dans le traitement des
fistules vésico-vaginales.* Thèse Paris, 1902.

MICHAUD. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules
vésico-utérines (voie hypogastrique).* Th. Lyon, 1896

MICHAUX. — *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 717.

- J.-L. PETIT. — *Traité des maladies chirurgicales*. Paris, 1790, t. III, p. 87.
- SÉV. PINEAU. — *Opusc. phys. anat.*, Paris, 1598.
- POZZI. — *Précis de gynécologie*.
- ROLLAND. — *Fistule vésico-utérine opérée par voie vaginale*. Lyon, 1905.
- VAN ROONHUYSEN. — *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebreken der Vrouwen*. Amsterdam, 1663.
- ROZE. — *Revue des sciences méd.*, 1885, t. XXV, p. 630.
- STOLTZ. — *Mémoire sur les perforations du col de l'utérus, et les fistules vésico-utérines et utéro-abdominales*. Strasbourg, 1828.
- THIERS. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale de Trendelenburg* (*Th. Lyon*, 1904).
- TRENDELENBURG. — *Zur operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus* (*Deutsche med. Woch. Leipzig* et Berlin, 1892).
- VIDAL DE CASSIS. — *Annales de chirurgie franç. et étr.*, 1844, p. 208.
- WOLFLER. — *Memorabilien von Fr. Betz*. Heilbronn, 1887, n° 2, p. 99.
- VON HERFT. — *Zur Behandlung der Blazengebarmutterfisteln*. *Zeitschr. Geb. u. Gyn.*, 1891, t. XXII.
- VITRAC. — *Congrès de chirurgie*, 1900. Séance du 10 octobre.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	13
CHAPITRE II. — Considérations générales.	21
CHAPITRE III. — Traitement.	46
CHAPITRE IV. — Prophylaxie	98
CONCLUSIONS	105

